

COPIA



Regione Marche
Azienda Sanitaria Unica Regionale
ADD: Registro ASUR AREA VASTA 2 - ANCONF

0189666 01/12/2017
ASURAV2 AFFGEN A

Al Direttore Area Vasta 2

Al Dirigente U.O.C. Libera Professione e Recupero
Crediti Prestazioni Sanitarie

Loro Sedi

LIBERA PROFESSIONE IN REGIME AMBULATORIALE:
RICHIESTA AUTORIZZAZIONE/VARIAZIONE.

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa JALA BOLOGNA

dependente della AV2 con rapporto di lavoro a tempo:

- indeterminato
 determinato
- in regime di esclusività

in servizio presso la U.O. (Struttura – Reparto) di GASTROENTEROLOGIA

Sede di Fabriano Jesi Ancona Senigallia

CHIEDE

per se stesso

per l'équipe, denominata: _____ in qualità di
_____ ovvero (nel caso di nuova costituzione) composta dai seguenti
dirigenti:

dr. _____ dr. _____

dr. _____ dr. _____

dr. _____ dr. _____

Coordinatore d'Équipe dr. _____

- l'apertura di un nuovo ambulatorio.
- la modifica/aumento dell'orario dell'ambulatorio di _____ già autorizzato.
- la modifica delle tariffe delle prestazioni già autorizzate
- l'effettuazioni di nuove prestazioni presso l'ambulatorio autorizzato:

UBICAZIONE AMBULATORIO DA APRIRE (compilare per le richieste di cui al punto n. 1).

Ubicazione (indicare: struttura e collocazione interna, es. piano, reparto, ecc.):

AMBULATORIO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA 3° PIANO
AMBULATORIO DI GASTROENTEROLOGIA

PRESTAZIONI CHE SI INTENDONO EROGARE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,3,4)

Codice Reg.le	Descrizione	Onorario Professionale richiesto(1)	Tariffa finale proposta (1)	Tempo medio di esecuzione (2)	Ausilio Personale di Supporto diretto (3) (SI/NO)
4513	ESOFAGO GASTRODUODENOSCOPIA		156€	30'	SI
4523	COLONSCOPIA		131€	60'	SI
89700	VISITA GASTROENTEROLOGICA		100€	45'	NO
88010	VISITA GASTROENTEROLOGICA al GASTRO		80€	30'	NO
8874	FIBROSCAN		50€	15'	NO

(1) il professionista può decidere il proprio onorario (in tal caso la tariffa finale sarà calcolata d'ufficio) ovvero fissare la tariffa finale (in tal caso sarà l'onorario ed essere ricavato d'ufficio).

(2) per esigenze CUP i tempi medi delle prestazioni prenotabili indistintamente in una agenda devono essere multipli tra loro, es: 15, 30,45 oppure 10, 20, 30 e così via.

ORARIO OPERATIVITA' (compilare per le richieste ai punti nn. 1,2,4)

Prestazioni	Lunedì		Martedì		Mercoledì		Giovedì		Venerdì		Sabato	
	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle	dalle	alle
EGDS/ COLONSCOPIA			16:00	18:00								
VISITE/ FIBROSCAN					15:00	20:00						

MACCHINARI ED ATTREZZATURE UTILIZZATE (compilare per le richieste di cui ai punti nn. 1,4)

(descrizione) PER LO SVOLGIMENTO DELLE SOPRA CITATE ATTIVITÀ SI RICHIEDE L'UTILIZZO DELLA STRUMENTAZIONE ENDOSCOPICA E DEI MATERIALI DI CONSUMO GIÀ IN USO PRESSO LA U.O.C. DI GASTROENTEROLOGIA ANNUALMENTE IN USO PER LO SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ ENDOSCOPICA IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE ASSUNTI DAGLI AGENZI COLLEGATI.

Indicare per ogni prestazione, gli eventuali materiali specifici utilizzati (Kit monouso, ferri chirurgici, eventuale necessità di sterilizzazione, farmaci ecc.; non è comunque necessario indicare il materiale di consumo generico di ogni ambulatorio quale garze, telini ecc.)

Prestazione: EGDS Materiali utilizzati: SI RICHIEDE L'UTILIZZO

DELLA STRUMENTAZIONE ENDOSCOPICA E DEI MATERIALI DI CONSUMO GIÀ IN USO PRESSO LA U.O.C. DI GASTROENTEROLOGIA ANNUALMENTE IN USO DAGLI AGENZI COLLEGATI IN CP
 Prestazione: COLONSCOPIA Materiali utilizzati: LEDI SPA

