

Az. Osp. – Univ. Pisana	MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST PAZIENTI RICOVERATI C/O SPDC	T04/PA 148 Rev. 01 Del 07/03/2025 Pag. 1 di 1
----------------------------	--	--

<p style="text-align: center;">Richiedente:</p> <p style="text-align: center;">AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST</p> <p style="text-align: center;">STRUTTURA RICHIEDENTE SPDC - Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura preso Stabilimento S. Chiara</p> <p>Data richiesta _____</p>	<p style="text-align: center;">Destinatario:</p> <p style="text-align: center;">Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana</p>
--	--

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____

Data nascita _____ Sesso M F Comune di nascita _____

RESIDENTE _____

C.F. _____ DATA RICOVERO _____ N. SDO _____ AMBULATORIALE

PRESTAZIONI RICHIESTE: da Catalogo prestazioni ambulatoriali Regione Toscana, Nomenclatore Tariffario Regione Toscana e/o Nomenclatore Tariffario Aziendale AOUP.

descrizione prestazione _____

descrizione prestazione _____

QUESITO DIAGNOSTICO: _____

Data, ____/____/____

Il Medico richiedente del reparto SPDC

Spazio riservato all'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana
da riempire nel caso di esami aggiuntivi indispensabili per rispondere il quesito clinico

descrizione prestazione _____

descrizione prestazione _____

ATTESTAZIONE del REPARTO richiedente

Si attesta che le prestazioni integrative indicate nel sovrastante riquadro sono state effettivamente erogate durante la degenza ospedaliera.

Il Direttore UO/Medico curante del reparto/Medico dimettente _____

(timbro e firma)

Compilare anche: T.FE/PA148 "Modulo fatturazione elettronica" (da trasmettere solo al primo invio).