

Az. Osp. – Univ. Pisana	MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA PAZIENTI AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	T01B/PA148 Rev. 01 Del 07/03/2025 Pag. 1 di 1
-------------------------	---	---



N.B.: NON ALLEGARE LA RICETTA DEMATERIALIZZATA
SCRIVERE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

<p style="text-align: center;">RICHIEDENTE:</p> DATA INVIO CAMPIONI _____ <input type="checkbox"/> Az. USL TOSCANA NORD-OVEST _____ <input type="checkbox"/> Altre Az. USL/AOU _____ <input type="checkbox"/> Altri ENTI _____ <input type="checkbox"/> UO/SOD _____ <input type="checkbox"/> CENTRO PRELIEVI/TERRITORIO _____ Referente invio campione _____ Recapito telefonico _____ Indirizzo e-mail _____	<p style="text-align: center;">CONSEGNARE A:</p> <p style="text-align: center;">Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana</p> <p style="text-align: center;"><u>PREANALITICA</u> <u>INTERDIPARTIMENTALE</u> <u>EDIFICIO 200 B</u> <u>Stabilimento di Cisanello (Pisa)</u></p> <p style="text-align: center;">accettazione.dipartimentale@ao-pisa.toscana.it <u>TEL. 050/996204</u></p>
---	---

ANAGRAFICA PAZIENTE:

Cognome _____ Nome _____

Data nascita _____ Sesso M F Comune di nascita _____

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 _____ Materiale inviato _____

descrizione prestazione _____ Materiale inviato _____

QUESITO DIAGNOSTICO: _____

Ove prevista: AUTORIZZAZIONE Direz. Sanitaria/Direttore Lab. Analisi/Resp. Zona Distretto _____

Data _____ _____ Nome e Cognome Stampatello	Medico Responsabile _____ Timbro e Firma
---	--

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