Az. Osp. – Univ. Pisana	**MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI A FATTURAZIONE ATTIVA** **AZIENDA USL TOSCANA NORD-OVEST/ALTRE AZIENDE SANITARIE/ALTRI ENTI** **PER PAZIENTI RICOVERATI/AMBULATORIALI** **(PRESTAZIONI NON LABORATORISTICHE)**	**T02/PA148** Rev. 01 Del 07/03/2025 Pag. 1 di 1

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

RICHIEDENTE:

☐ Az. USL TOSCANA NORD-OVEST _____

☐ Altre Az. USL/AOU _____

☐ Altri ENTI _____

☐ UO/SOD _____

☐ CENTRO PRELIEVI/TERRITORIO _____

Recapito telefonico _____

Indirizzo e-mail _____

STRUTTURA RICEVENTE:

Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana

UO/SOD_____

_____

_____

_____

_____

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_____

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

descrizione prestazione_____

QUESITO DIAGNOSTICO: _____

Data ___/___/___ **Medico Responsabile (stampatello)**_____**Firma**_____

Ove prevista: AUTORIZZAZIONE Direz. Sanitaria/Resp. Zona Distretto_____

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

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ descrizione prestazione_____

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ descrizione prestazione_____

Il Dirigente Medico erogante

_____ ___/___/___ _____

(firma leggibile) **data erogazione** **codice e timbro UO/SOD erogante**

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).