

MODULO

ALLEGATO L)

**COMUNICAZIONE DELLE PRESTAZIONI ESEGUITE
IN LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA IN REGIME DI RICOVERO**

Al Responsabile della
SSD "Libera Professione"
AAS n. 2 "Bassa Friulana-Isontina"
V. Vittorio Veneto, 174 - Gorizia

Il/La sottoscritto/a dirigente medico 1° operatore

dott./a _____

in servizio presso la Struttura Complessa/ Semplice Dipartimentale/ Semplice

del Presidio Ospedaliero _____ sede di _____

trasmette

l'elenco delle prestazioni a pagamento formalmente richieste ed effettuate al paziente

sig./ra _____

nato/a a _____ (Prov. __) il __/__/____ codice fiscale _____

residente a _____ (Prov. __) in via _____

ricoverato/a in data _____ e dimesso in data _____

RICOVERO ORDINARIO (gg. _____)

DAY SURGERY

comunica

PRESTAZIONI EROGATE:

TIPOLOGIA DI PRESTAZIONI		CODICE ICD9CM	CODICE DRG
1.			
2.			
3.			
4.			

UTILIZZATI AUSILI PROTETICI NO SI

**PRESTAZIONI ESEGUITE IN LIBERA
PROFESSIONE INTRAMURARIA IN
REGIME DI RICOVERO****MODULO**

la prestazione è stata erogata in data _____ dalle ore _____ alle ore _____ ,
dal **PERSONALE MEDICO** come di seguito specificato:

MEDICO OPERATORE	NOMINATIVO
1°MEDICO	
2°MEDICO	
3°MEDICO	

MEDICO ANESTESISTA	NOMINATIVO

PERSONALE DI SUPPORTO:

NOMINATIVO	PROFILO PROFESSIONALE

Data _____

Firma del Dirigente 1°Operatore
