

**> DATI MEDICO FIDUCIARIO**

Data richiesta: _____

Cognome	Nome	Matricola	Struttura Complessa

> DATI PAZIENTE

Cognome	Nome	Data di Nascita	Codice Fiscale

Residenza (Indicare Indirizzo, N° civico, Comune, Prov., CAP)

--

Telefono	e-mail

ASSICURAZIONE SANITARIA/FONDO INTEGRATIVO

--

TIPOLOGIA RICOVERO

--

DATA RICOVERO	ORA RICOVERO

> EQUIPE ASST Monza

Cognome	Nome	Compenso (escluso anestesista *)	Richiesto
Dott. /ssa		€.	
Dott. /ssa		€.	
Dott. /ssa		€.	

PREVISTO RISCHIO CON RADIAZIONI IONIZZANTI	SI	NO

Firma medico fiduciario

Firma del paziente

Firma Direttore Struttura Complessa

Firma Direttore Medico di Presidio

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Monza

**Richiesta preventivo e prenotazione
ricovero in regime di Libera Professione Mod. 1**

presso

COLUMBUS CLINIC CENTER S.r.l.

- **Calcolo compenso anestesista**

ANESTESISTA

Quando il **medico fiduciario aderisce alle assicurazioni**/fondi sanitari e l'anestesia è generale o è prevista la sedazione, il compenso dell'anestesista è pari **a 3/16 del compenso dell'intera Equipe Medica**

Quando il **medico fiduciario aderisce alle assicurazioni**/fondi sanitari e l'anestesia è locale, il compenso dell'anestesista è pari **a 2/16 del compenso dell'intera Equipe Medica**