

 <p>Civico Di Cristina Benfratelli Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione</p>	<p>Regolamento Aziendale Gestione Preospedalizzazione</p>	<p>Rev.0/0 Del 11/4/2017 Pag 7 di 8</p>
---	---	---

ALLEGATO A

Civico Di Cristina Benfratelli

Direzione Sanitaria
Telefono: 091 3692744-659

EMAIL: dir.san.crista@benfratelli.it

WEB
www.amsbenfratelli.it

U.O. _____

CONSENSO AL PRE-RICOVERO

Il/la sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ il ____ / ____ / _____

Residente a _____

Via _____ N.° _____

Telefono _____

CONSAPEVOLE CHE LE INDAGINI DI LABORATORIO E STRUMENTALI ESEGUITE IN REGIME AMBULATORIALE SONO FINALIZZATE AL RICOVERO (DAY SURGERY E/O RICOVERO ORDINARIO) E PERTANTO NON SOGGETTE AL PAGAMENTO DEL TICKET SANITARIO,

DICHIARO

DI ESSERE A CONOSCENZA DELL'OBBLIGO DEL PAGAMENTO DEL COSTO DELLE SINGOLE PRESTAZIONI COME DA TARIFFARIO REGIONALE QUALORA DOVESSI RIFIUTARE IL RICOVERO STESSO, COME PREVISTO DALLA NORMATIVA VIGENTE.

PALERMO _____

Il Medico che acquisisce il consenso

Il Paziente
