MODULO B
RINUNCIA/RINVIO AL/DEL RICOVERO PROGRAMMATO

Al Responsabile Unità Operativa_____

Il sottoscritto_____

nato a_____ Il___/___/_____ e residente in_____

_____via_____

Dichiara

□ di rinunciare al ricovero programmato per propria volontà

□ di rinviare, per propria volontà, il ricovero ad una data successiva a 30 giorni dalla data di esecuzione delle indagini in preospedalizzazione.

Inoltre,

Dichiara

inoltre, di essere stato informato e di aver acconsentito a corrispondere§ all'Azienda Ospedaliera Universitaria l'intera tariffa di rimborso** delle singole prestazioni ricevute in preospedalizzazione (Modulo A).

Luogo e data

Firma_____

§ Ai sensi delle Linee guida n°1/1995 del Ministero della Sanità "Applicazione del Decreto ministeriale 14 dicembre 1994", in caso di rinuncia o di rinvio dell'intervento per libera scelta del paziente, le singole indagini diagnostiche e le visite specialistiche effettuate, ove ritenute non più utili ai fini della valutazione preoperatoria, saranno considerate prestazioni ambulatoriali e, conseguentemente, sarà dovuto il pagamento della relativa quota di compartecipazione della spesa da parte dell'utente.

** Nelle more della definizione di specifiche tariffe aziendali di riferimento, il costo da corrispondere sarà calcolato come somma delle prestazioni ricevute in preospedalizzazione desunte dalle tariffe del Nomenclatore Tariffario della Specialistica Ambulatoriale.