

MODULO A

**INFORMATIVA E CONSENSO IN MATERIA DI RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI
ESEGUITE IN PREOSPEDALIZZAZIONE**

Al Responsabile Unità Operativa

Il Sottoscritto _____ nato a _____
il _____ e residente in _____ via _____

Dichiara:

1. di essere stato debitamente informato che, nel caso in cui, per propria libera scelta, rinunciassi al ricovero programmato o decidessi di rinviarlo di oltre 30 giorni dall'esecuzione delle indagini in preospedalizzazione, sarò tenuto al pagamento dell'intera tariffa di rimborso delle singole prestazioni ricevute;

2. di essere stato debitamente informato che, nelle more della definizione di specifiche tariffe aziendali di riferimento, il costo da corrispondere sarà calcolato come somma delle tariffe delle prestazioni ricevute in preospedalizzazione desunte dal Nomenclatore Tariffario della Specialistica Ambulatoriale.

Il sottoscritto, pertanto, Esprime il proprio libero e informato consenso a: corrispondere all'ARNAS Garibaldi il di rimborso (calcolata come al punto 2. della dichiarazione) delle singole prestazioni ricevute, nel caso in cui, per propria libera scelta, rinunciassi al ricovero programmato ovvero decidessi di rinviarlo di oltre 30 giorni dall'esecuzione delle indagini in preospedalizzazione;

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.*