

BOZZA - DISCIPLINARE DI ORGANIZZAZIONE DEL CUP REGIONALE

UOC CUP ALPI e Liste di Attesa
Torre del Greco – via Marconi, n. 66
cupalpielistediattesa@aslnapoli3sud.it
TEL. 0818490656

4.2. Allegato 2: Modello di Offering Televisita

Azienda	Struttura		Dati identificativi U.O. Branca – Ambulatorio – Erogatore	
Azienda:	☐ D.S.B. n° _____	Descrizione Agenda:	Branca	
_____	☐ P.O.	Indirizzo:	Ambulatorio	
Codice Azienda:	☐ P.S.I.	Sede:	Unità erogante	
_____			Erogatore	Nome e Cognome:
				Codice Regionale:
				n° di matricola (se dipendente):

CODICE FISCALE DEL MEDICO:	PERSONA DA CONTATTARE:
CENTRO DI COSTO DELL'UNITA' EROGANTE:	CRIL:

***N.B E' indispensabile inserire i dati sopra riportati.**

Regimi Erogazione	Gestione Overbooking	Visibilità agenda
☐ SSN ☐ L.P ☐ Solvente ☐ Convenzionato	N° Posti _____ MINUTI _____	Prenotabili da: ☐ Regionale ☐ Solo A.S.L. ☐ Solo Distretto ☐ Altro _____

(N.B. in questo caso, lo schema seguente è da ripetersi per tutti i turni del calendario settimanale)

COD. PREST.	DESCRIZIONE SINTETICA	NOTE

CALENDARIO SETTIMANALE

BOZZA - DISCIPLINARE DI ORGANIZZAZIONE DEL CUP REGIONALE

GIORNO	Prestazioni <u>Ambulatoriali</u> (da valorizzare con una X)	Prestazioni <u>Do-</u> <u>miciliari</u> (da valorizzare con una X)	Profilo Abi- litato (Struttura)	Quesito dia- gnostico	Sesso (F/M)	Età	Fascia Oraria
LUNEDI							
MARTEDI							
MERCOLEDI							
GIOVEDI							
VENERDI							
SABATO							

BOZZA - DISCIPLINARE DI ORGANIZZAZIONE DEL CUP REGIONALE

Offerta <u>ambulatoriale</u> da organizzare in: (barrare la voce interessata)	Offerta <u>domiciliare</u> da organizzare in: (barrare la voce interessata)	Legenda
☐ MINUTI	☐ MINUTI	<i>MINUTI: si tiene conto del tempo di erogazione di ogni singola prestazione</i>
☐ n° pazienti / h____	☐ n° pazienti / h____	<i>PAZIENTI: si prescinde dal numero di prestazioni da erogare</i>
☐ n° prestazioni / h____	☐ n° prestazioni / h____	<i>PRESTAZIONI: si stabilisce il numero di prestazioni erogabili</i>

☐ L'OFFERTA SANITARIA CHE SEGUE, E' VALIDA PER TUTTI I TURNI DEL CALENDARIO SETTIMANALE

OVVERO

☐ L'OFFERTA SANITARIA E' DIFFERENZIATA NEL MODO SEGUENTE _____ TURNO (MAT – POM – M/P)

Il Responsabile UOASB

Il Direttore Responsabile

*PER ASSISTENZA:

NOCERINO (08118434620-INT.4620)-GRANATA(08118434630-INT.4630)