DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE PREVENTIVA
ASSISTENZA SANITARIA TRANSFRONTALIERA
D.Lgs n. 38 del 28/2/2014 di recepimento della Direttiva 2011/24/UE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a_____il_____

Residente a _____ via _____

_____ n. civ. _____Tel._____

C.F.:_____

Chiede

- ☐ Per sé
- ☐ in qualità di _____**per**
  (genitore, amministratore di sostegno)

_____
(Cognome) (Nome)

Nato/a_____il_____

Residente a _____

via_____n._____

C.F.:_____

Ai sensi dell'art. 10 del D.Lgs n. 38 del 28/2/2014 di beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera per la seguente prestazione:

- ☐ RICOVERO ORDINARIO
- ☐ RICOVERO DIURNO
- ☐ PRESTAZIONE AMBULATORIALE

Indicazione Diagnostica o terapeutica:
_____

Prestazione sanitaria_____
_____

Prestatore di assistenza sanitaria che eroga la prestazione (Struttura sanitaria, Ospedale, Clinica e relativo indirizzo):_____

Si allegano:

- ☐ Prescrizione del medico su ricettario del SSN
- ☐ Documentazione medica in originale

Data:

Firma dell'assistito

_____
(o di chi ne fa le veci)

_____
(a cura dell'AUSL)

ESITI:
L'autorizzazione è stata concessa SI NO

Costo della prestazione sanitaria ammessa a rimborso: euro_____

In caso di diniego barrare una o più delle seguenti motivazioni
Motivazione del diniego:

a. In base ad una valutazione clinica, il paziente sarebbe esposto con ragionevole certezza ad un rischio per la sua sicurezza che non può essere considerato accettabile tenuto conto del potenziale beneficio per il paziente stesso dell'assistenza sanitaria transfrontaliera richiesta;

b. A causa dell'assistenza sanitaria transfrontaliera in questione, il pubblico sarebbe esposto con ragionevole certezza a notevoli pericoli per la sicurezza;

c. L'assistenza sanitaria in questione è prestata da un prestatore di assistenza sanitaria che suscita gravi e specifiche preoccupazioni quanto al rispetto degli standard e orientamenti relativi alla qualità dell'assistenza e alla sicurezza del paziente comprese le disposizioni sulla vigilanza indipendentemente dal fatto che tali standard e orientamenti siano stabiliti da disposizioni legislative e regolamentari o attraverso sistemi di accreditamento istituiti dallo Stato membro di cura;

d. l'assistenza sanitaria in questione può essere prestata nel territorio nazionale entro un termine giustificabile dal punto di vista clinico, tenuto presente lo stato di salute e il probabile decorso della malattia

   Se d) indicare prestatore di assistenza sanitaria in grado di erogare sul territorio nazionale la prestazione richiesta_____

Data

Firma/timbro AUSL