

Al Commissario ASL Caserta

direzionegenerale@pec.aslcaserta.it

Al Direttore del Distretto n.

direzione.distretto..@pec.aslcaserta.it

Il sottoscritto dr.

Cod. reg.

Viste le condizioni cliniche del paziente

Cod. fiscale

con diagnosi o sospetto diagnostico di

Ritiene necessario prescrivere il seguente accertamento diagnostico

Non essendo chiaro se tali accertamenti siano erogabili a carico del SSN in base al decreto legge 19giugno2015,n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n.125, e al Decreto 9 dicembre 2015 "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" in assenza di una qualsiasi circolare interpretativa/applicativa da parte del Ministero della Salute, della Regione o, in ultima, della ASL,

CHIEDO ALLE SS. VV. DI ESPRIMERE UNA VALUTAZIONE PREVENTIVA DI PRESCRIVIBILITA' A CARICO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

Si rilascia la presente richiesta nelle mani dell'assistito interessato per gli usi consentiti dalla legge.

TIMBRO e FIRMA del medico

L'accertamento indicato è

◇ erogabile

◇ non erogabile

dal SSR in base al decreto legge 19giugno2015,n.78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n.125, e al Decreto 9 dicembre 2015 citato.

Il direttore del distretto