

Modulo di richiesta di prenotazione di prestazioni in Medicina Nucleare ALPI- Intramuraria

Compilare in stampatello ed inviare a: servizioalpi@ifo.it

Nome Cognome

Codice fiscale

Recapito telefonico

Indirizzo mail per invio fattura

92.18.3_0	RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI	€ 411,00
92.16.1_0	SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIAND. SEGMEN.	€ 461,00
92.14.2_0	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTIC. SEGMEN. POLIFASICA	€ 310,00
92.13_0	SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI	€ 411,00
92.18.2_0	SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE	€ 208,00
92.15.1_0	SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE	€ 206,00
92.03.3_2	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE	€ 208,00
92.03.3_2	SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE(con prova Farmacologica)	€ 258,00
92.01.3_0	SCINTIGRAFIA TIROIDEA	€ 158,00
92.09.2_3	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA DI PERFUSIONE DOPO STIMOLO (NO DIPRIDAMOLO) Da aggiungere il costo della Visita Cardiologica e del Test da Sforzo del Cardiologo	€ 303,00
92.09.2_2	TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO	€ 258,00
92.18.7_0	PET/TC TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE (PET-FDG e PET COLINA PET - PSMA e la PET Gallio-DOTATOC)	€ 1.124,00

Data..... Firma del richiedente

Si verrà contattati **direttamente dalla Medicina Nucleare** per il giorno e l'orario dell'appuntamento

Parte riservata al Servizio Medicina Nucleare

Appuntamento per il giornoalle ore
(inviare alla mail: servizioalpi@ifo.it)

Nota Bene per il paziente: Il pagamento può essere effettuato con **bonifico bancario** il giorno dell'esame oppure con carta/bancomat alle casse ALPI, il giorno dell'esame dalle ore 14.

Modalità di pagamento tramite bonifico bancario:

IBAN: IT58J0200805316000400000886 Unicredit Banca di Roma Ag.065 –

Intestato a: ISTITUTI FISIOTERAPICI OSPITALIERI

Nella causale specificare OBBLIGATORIAMENTE:

Cognome e Nome del paziente, prestazione eseguita e data

Inviare attestato di pagamento alla mail: **servizioalpi@ifo.it**