**Modulo di richiesta di prenotazione di prestazioni in Medicina Nucleare ALPI- Intramuraria da inviare al fax n. 06.5266.6011 Compilare in stampatello**

**Nome …………………………………….…. Cognome ……………………....………..…….**

**Codice fiscale …… ………………………………………..………..**

**Recapito telefonico ………………..…………………**

**Indirizzo mail per invio fattura ……………………………………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 92.18.3\_0 | RICERCA DI METASTASI DI TUMORI TIROIDEI | € 400,00 |
|  | 92.16.1\_0 | SCINTIGRAFIA LINFATICA E LINFOGHIAND. SEGMEN. | € 450,00 |
|  | 92.14.2\_0 | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTIC. SEGMEN. POLIFASICA | € 300,00 |
|  | 92.13\_0 | SCINTIGRAFIA DELLE PARATIROIDI | € 400,00 |
|  | 92.18.2\_0 | SCINTIGRAFIA OSSEA O ARTICOLARE | € 200,00 |
|  | 92.15.1\_0 | SCINTIGRAFIA POLMONARE PERFUSIONALE | € 200,00 |
|  | 92.03.3\_2 | SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE | € 200,00 |
|  | 92.03.3\_2 | SCINTIGRAFIA RENALE SEQUENZIALE(con prova Farmacologica) | € 250,00 |
|  | 92.01.3\_0 | SCINTIGRAFIA TIROIDEA | € 150,00 |
|  | 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 | € 300,00 |
|  | 92.09.2\_2 | TOMOSCINTIGRAFIA [SPET] MIOCARDICA DI PERFUSIONE A RIPOSO | € 250,00 |
|  | 92.18.7\_0 | PET/TC TOMOSCINTIGRAFIA GLOBALE (PET-FDG e PET COLINA PET -PSMA e la PET Gallio-DOTATOC) | € 1.100,00 |

**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 giorno …….…………..…..alle 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’appuntamento 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**