

Reparto	Day Hospital	Ordinario
Anestesia e rianimazione cardiologica		48.000,00
Anestesia e rianimazione neurochirurgica		26.000,00
Audiovestibologia pediatrica	200,00	4.500,00
Cardiochirurgia		20.000,00
Cardiologia	6.200,00	5.800,00
Chirurgia generale	1.700,00	6.500,00
Chirurgia plastica	1.700,00	4.000,00
Chirurgia vascolare	4.100,00	6.000,00
Dermatologia	1.400,00	
Ematologia	2.000,00	28.000,00
Gastroenterologia ed endoscopia digestiva	200,00	3.500,00
Geriatria		4.000,00
Malattie infettive e tropicali		28.000,00
Medicina generale	200,00	4.500,00
Nefrologia e Dialisi	2.600,00	6.000,00
Neonatologia e Terapia intensiva neonatale		2.500,00
Neurochirurgia	2.200,00	27.000,00
Neurologia e stroke unit		26.500,00
Neuropsichiatria infantile	400,00	
Oculistica	1.440,00	2.000,00
Odontostomatologia	500,00	
Oncoematologia	300,00	
Oncologia		11.000,00
Ortopedia e traumatologia		6.000,00
Ortopedia e traumatologia Varese	2.100,00	
Ostetricia e ginecologia	1.900,00	3.000,00
Otorinolaringoiatria	1.450,00	14.000,00
Pediatria		3.000,00
Pneumologia		6.000,00
Psichiatria		3.500,00
Radioterapia		1.000,00
Recupero e rieducazione funzionale		8.000,00
Riabilitazione Cardiologica		6.500,00
Terapia del dolore e cure palliative		8.000,00
UCC		4.500,00
Urologia		5.000,00



Sistemi di Accesso e Libera Professione

Direttore *ad interim* : Dott.ssa Vania Ferrari

RICOVERO PAZIENTE SOLVENTE

Impegno al pagamento

Il/la sottoscritto/a (*cognome e nome*)

nata/o a _____

il ____/____/____ nazionalità _____

residenza in patria (stato) _____

residenza in patria (città) _____

domiciliato in via/piazza _____ n. _____

cap. _____ città . _____

recapito telefonico n.° _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di versare la somma di € _____, _____, _____, quale acconto sulle spese derivanti dal ricovero ospedaliero e di provvedere al pagamento dell'eventuale saldo che sarà definito al momento della dimissione.

Data _____ Firma leggibile _____

Allegare sempre fotocopia dei documenti del paziente (passaporto/permesso o carta di soggiorno/carta d'identità/assicurazione)