

BANCA DEL TESSUTO MUSCOLOSCHELETTRICO

Direttore: Dott. Dante Dallari

Via Pupilli 1 - Bologna 40136

Tel.: +39-51-6366488 / Fax.: +39-51-6366137

btm@ior.it

www.btm.ior.it

RICHIESTA ESSUTO MUSCOLO-SCHELETTRICO PER ODONTOIATRIA, OTORINOLARINGOIASTRIA, MAXILLO-FACCIALE

Si richiedono per il giorno: / /

QUANTITA' RICHIEDITA	TESSUTO	TIPOLOGIA	DIMENSIONI	CODICE	TARIFFA UNITARIA
	MICROSTECCA	cong.		35	250,00
	STECCA CRESTA ILIACA	cong.	tricorticale	4	376,00
	STECCA CRESTA ILIACA	cong.	bicorticale	5	331,00
	STECCA CRESTA ILIACA	cong.	monocorticale	6	291,00
	CHIPS CORTICO SPONGIOSA	morec.-cong.	busta 5 g	282	30,00/g
	CARTILAGINE COSTALE	in alcool	$\leq 3 \text{ cm}^2$	132	316,00
	CARTILAGINE COSTALE	in alcool	$> 3 \text{ cm}^2$	132	400,00
	CUBETTO DI SPONGIOSA	lifo.	2,0 x 2,0 x 3,00 cm	86	876,00
	CHIPS DI CORTICO-SPONGIOSA	lifo.		88	61,00
	CHIPS DI CORTICO-SPONGIOSA	lifo.		89	96,00
	CHIPS DI CORTICO-SPONGIOSA	lifo.		90	206,00
	CHIPS DI SPONGIOSA	lifo.		268	66,00
	CHIPS DI SPONGIOSA	lifo.		269	101,00
	CHIPS DI SPONGIOSA	lifo.		270	221,00
	CRESTA ILIACA	lifo.	monocorticale	238	108,00/cm ²
	CRESTA ILIACA	lifo.	bicorticale	238	108,00/cm ²
	CRESTA ILIACA	lifo.	tricorticale	238	108,00/cm ²
	MICROSTECCHI	lifo.		126	300,00
	POLVERE DBM	demin.		245	146,00
	POLVERE DBM	demin.		246	200,00
	POLVERE DBM	demin.		247	361,00
	PASTA DBM	demin.	in siringa	289	60,00
	PASTA DBM	demin.	in siringa	290	80,00
	PASTA DBM	demin.	in siringa	291	140,00
	PASTA DBM	demin.	in siringa	292	270,00
	PASTA DBM	demin.	in siringa	293	450,00
	PASTA DBM-T + CORTICOSPON.	demin. + lifo.	in siringa	294	160,00
	PASTA DBM-T + CORTICOSPON.	demin. + lifo.	in siringa	295	300,00
	PASTA DBM-T + CORTICOSPON.	demin. + lifo.	in siringa	296	500,00
	LAVORAZIONE MANUALE AGGIUNTIVA		Prelievo o produzione da concordare.	1200	100,00
	LAVORAZIONE CNC AGGIUNTIVA		Prelievo o produzione da concordare.	1201	200,00
	SERVIZIO STAMPA 3D		fino a 500 cc	1202	20,00
	SERVIZIO STAMPA 3D		oltre 500 cc	1203	40,00
	SERVIZIO STAMPA 3D + SEGMENTAZIONE CT		fino a 500 cc	1204	100,00
	SERVIZIO STAMPA 3D + SEGMENTAZIONE CT		oltre a 500 cc	1205	130,00
	SERVIZIO PROGETTAZIONE CAD INNESTO CUSTOM			1206	200,00
	ALTRI TESSUTI DA TARIFFARIO (precisare):				

Per il/la paziente (Cognome)	(Nome)
------------------------------	--------

Nato/a il:	A:	Codice Fiscale:
------------	----	-----------------

Candidato/a ad intervento di:	Previsto per:
-------------------------------	---------------

Presso l'Ospedale / Casa di Cura	Tel.	Fax
----------------------------------	------	-----

Via		CAP:	Città	Prov.
-----	--	------	-------	-------

L'importo dovuto è fatturabile al numero di partita IVA/C.F.

AUSL / Casa di Cura	Prov.	Regione
---------------------	-------	---------

CONSEGNARE A:	IL GIORNO:	ENTRO ORE:
---------------	------------	------------

Trasporto organizzato da:	<input type="checkbox"/> richiedente	<input type="checkbox"/> BTM IOR (con conseguente addebito in fattura)
---------------------------	--------------------------------------	--

x Direzione Sanitaria (timbro e firma leggibile)	x Medico richiedente (nome/cognome in stampatello e firma leggibile)

Compilare la richiesta chiaramente in ogni sua parte, con le firme precedute dalla trascrizione in stampatello del nome e cognome. Inoltrare via fax 051-6366137 oppure scannerizzata a: btm@ior.it. Al fine di evitare disguidi, raccomandiamo di seguire le vostre procedure amministrative aziendali relative agli ordini; l'emissione del buono d'ordine (per la cui corretta emissione è consigliabile rivolgersi all'ufficio amministrativo BTM tel. 051-6366835) esonerà dal visto della Direzione sanitaria, altrimenti assolutamente obbligatorio.

L'Istituto Ortopedico Rizzoli garantisce il trattamento dei dati in ottemperanza alla Legge 196/2003 e successive modificazioni/integrazioni.

