



T.C.
SAGLIK BAKANLIĞI
BALIKESİR HALK SAĞLIĞI MUDURLUĞU
..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

EK-1

A-BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

KİŞİLER İÇİN KAYIT VE AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME TALEP FORMU

- Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet etmekteyim
- Balıkesir İlinde Aile Hekimine kayıtlıyım.
- İlinde Aile Hekimine kayıtlıyım.
- Balıkesir İlinde ikamet ediyorum ve hiçbir Aile Hekimine Kayıtlı değilim.
- Balıkesir İlüne yeni geldim ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.

Kayıdımın Aile Hekimi Dr.....'a yapılması ya da aktarılması için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Adı Soyadı :

Tel. Ev : Cep : XXXX

Adres :

Mahalle/Köy : İlçe:

Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve kabul ediyorum.

İmza

AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ

- Bölge değişikliği Uyumsuzluk Mevcut AH'ne ulaşım zorluğu Diğer.....

S.NO	Aile Fertleri Adı Soyadı	Cinsiyet (E / K)	TC Kimlik No										Doğum Tarihi	Özellik*	İmza	
1	X												/...../.....		X
2													/...../.....		
3													/...../.....		
4													/...../.....		
5													/...../.....		
6													/...../.....		
7													/...../.....		
8													/...../.....		
9													/...../.....		
10													/...../.....		

*Özellik bölümüne; kişilerin bebek, gebe, özürlü vb.durumları belirtilecektir.

B-BU BÖLÜM TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişinin kaydının tarafıma aktarılmasında sakınca yoktur.

.....Nolu Aile Hekimi

Tarih:/...../.....

Kaşe, İmza,

C-BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

EVRAK SIRA NO:.....

UYGUNDUR

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİMİ

Tarih:/...../20.....

Kaşe, İmza

Tercih formunun teslim alınma tarihi

:...../...../.....

Kişinin mevcut Aile hekiminde 3 ayını doldurduğu tarih

:...../...../.....

Tercih edilen hekime kişinin kayıt tarihi

:...../...../.....

KAYIT GÖREVLİSİ

Adı Soyadı

İmza

Tarih:/...../201...



T.C.
SAGLIK BAKANLIGI
BALIKESIR HALK SAGLIGI MUDURLUGU
..... TOPLUM SAGLIGI MERKEZI

EK-1

A-BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

KİŞİLER İÇİN KAYIT VE AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME TALEP FORMU

-Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet etmekteyim
- Balıkesir İlindeAile Hekimine kayıtlıyım.
- İlindeAile Hekimine kayıtlıyım.
- Balıkesir İlinde ikamet ediyorum ve hiçbir Aile Hekimine Kayıtlı değilim.
- Balıkesir İlne yeni geldim ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.

Kaydımın Aile Hekimi Dr.....'a yapılması ya da aktarılması için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Adı Soyadı :
Tel. Ev :..... Cep :.....
Adres :.....
Mahalle/Köy :..... İlçe:.....
Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve kabul ediyorum.

İmza

AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ

- Bölge değişikliği Uyumsuzluk Mevcut AH'ne ulaşım zorluğu Diğer.....

S.NO	Aile Fertleri Adı Soyadı	Cinsiyet	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Özellik*	İmza
		(E / K)				
1				.../.../.....		
2				.../.../.....		
3				.../.../.....		
4				.../.../.....		
5				.../.../.....		
6				.../.../.....		
7				.../.../.....		
8				.../.../.....		
9				.../.../.....		
10				.../.../.....		

*Özellik bölümüne; kişilerin bebek, gebe, özürlü vb.durumları belirtilecektir.

B-BU BÖLÜM TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişinin kaydının tarafıma aktarılmasında sakınca yoktur.

.....Nolu Aile Hekimi
Tarih: .../.../.....

Kaşe, İmza,

C-BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

EVRAK SIRA NO:.....

UYGUNDUR

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİMİ

Tarih: .../.../20.....

Kaşe, İmza

Tercih formunun teslim alınma tarihi :...../...../.....
Kişinin mevcut Aile hekiminde 3 ayını doldurduğu tarih :...../...../.....
Tercih edilen hekime kişinin kayıt tarihi :...../...../.....

KAYIT GÖREVLİSİ
Adı Soyadı

İmza

Tarih: .../.../201...