

T.C.
SA LIK BAKANLI I
ERZURUM HALK SA LIK MÜDÜRLÜ Ü
..... ASM

A LE HEK M NE KAYIT / DE T RME TALEP FORMU

Adres leti im Bilgisi

leti im No 1 :

leti im No 2 :

A LE HEK M DE T RME NEDEN

- HEK M TERC H F Z KSEL MEKAN TERC H ULA IM GÜÇLÜ Ü L Ç NDE GÖÇ D ER.....
- L DI INA GÖÇ BA KA LDE KAYITLI UYUMSUZLUK H Ç KAYDI YOK HATALI KAYIT
- BA KA HEK ME KAYITLI

	Aile Fertlerinin Adı Soyadı	Cinsiyet		T.C. K ML K NO	Do um Tarihi	Kayıt Yapıldı	Mevcut Aile Hekimi	Bilinmesi Gereken Ki isel Özellikler *
		E	K					
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								

*Bu bölümde gebelik, özürllük, kronik hastalıklar, allerji gibi hekimin te his ve tedavilerini etkileyebilecek ki isel özellikler yazılacaktır

Yazmı oldu um bilgilerin do ru oldu unu, bu formda ismi bulunan tüm ahısların adına imza atmaya yetkili oldu umu, ba lanmayı talep etti im aile hekiminin çalı ma artlarını, bu ba vurunun onaylanmasıyla 3 ay aile hekimimi de i tirmeyi talep etmeyece imi kabul ve taahhüt ediyorum.

Kayıt Olunmak stenen Aile Hekiminin ;	Bu Kısmı Ik Defa Kayıt Yaptıran Ki iler Doldurmayacaktır.	Onaylayanın
Adı Soyadı : Aile Hekimli i No'su : I/ lçe : ERZURUM /.....	Adı Soyadı : Aile Hekimli i No'su : I/ lçe :	Adı Soyadı : Tarih : mza :

BU BÖLÜM LG L TOPLUM SA LI I MERKEZ TARAFINDAN DOLDURULACAK

EVRAK SIRA NO :

A KALE ASM

KAYIT GÖREVL S

Formun Teslim Alınma Tarihi/...../20...

Ki inin Sisteme Kayıt Tarihi :
Adı Soyadı :
Ünvani :
mzası :

UYGUN / UYGUN DE L
.....

AÇIKLAMALAR