

TIBBİ NEDEN BEYAN TUTANAĞI-1

..... numaralı aile hekimliği biriminde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan T.C. Kimlik numaralı isimli çocuğumun / kendimin şeklindeki tıbbi durumu nedeniyle **bağışıklama hizmetinin** yapılmadığını / belirtilen performans aralığında yapılmadığını beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

.../.../...

.../.../...

.....

.....

Aile Sağlığı Çalışanı

Aile Hekimi

İmza

İmza

.../.../...

.....

Kişini kendisi veya çocuğun annesi / babası / vasisi

Adres bilgisi:

Telefon numarası:

İmza

.../.../...

İSM/TSM BAŞKANI

İmza