

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
HEYKEL TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TABİPLİĞİ

EK-1

A-BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

KİŞİLER İÇİN HEKİM DEĞİŞTİRME TALEP FORMU

Heykel Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet etmekteyim

- Bursa İlindeAile Hekimine kayıtlıyım.
İlindeAile Hekimine kayıtlıyım.
 Bursa İlinde ikamet ediyorum ve hiçbir Aile Hekimine Kayıtlı değilim.
 Bursa İline yeni geldim ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.(Bu kişiler için Yeni Kayıt Formu (EK-2) doldurtulacak ve Aile Hekimi

Kayıdımın 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.

Kaşe, İmza

..... Nolu Aile Hekimi

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

C-BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

EVRAK SIRA NO:.....

UYGUNDUR

HEYKEL TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİMİ

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

Kaşe, İmza

Tercih formunun teslim alınma tarihi/.../201....

Kişinin mevcut Aile Hekimi'nde 3 ayını doldurduğu tarih/.../201....

Tercih edilen hekime kişinin kayıt tarihi/.../201....

KAYIT GÖREVLİSİ

Adı Soyadı

İmza

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