

Ek-7

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**Bağlarbaşı Aile Sağlığı Merkezi**

**İZLEM / AŞI DURUMU BİLGİLENDİRME ONAM FORMU**

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan .....T.C. kimlik numaralı ..... isimli Çocuğumun / kendimin Aşısının / izleminin aile Hekimi / aile sağlığı elemanı tarafından yapılmasını kabul etmediğimi beyan ederim. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerek bu formu doldururken sağlık ile ilgili her konuda soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı tarafıma verilmiş, sağlık personeli tarafından oluşabilecek hastalıklar, risk ve tehlikeler konusunda gerekli danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bu hastalıklar hakkında, bilgilendirildiğim ve aydınlatıldığım halde kendi özgür irademle çocuğumun/kendimin aşısının/izleminin yapılmasına **İZİN VERMİYORUM** ve bu formu imzalıyorum.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Hekimi	: .....	Kişinin Kendisi/ Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi	: .....
Aile Hekimliği Birimi	: .....	Adres	: .....
Tarih	: ..../..../201....	Telefon	: .....
İmza		Tarih	: ..../..../201....
		İmza	

TSM Sorumlu Hekimi/  
Vekili/Doktor : .....

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

İmza

**Not:** Aileye veya kişiye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir.