

**FORM – 1**

**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
BURSA İLİ  
BAĞLARBAŞI AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ  
..... NOLU AİLE HEKİMLİĞİ**

**ÖĞRENCİ MUAYENE / İZLEM BİLDİRİM FORMU**

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı :  
T.C. Kimlik Numarası :  
Baba Adı :  
Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) :  
Cinsiyeti (Kız/Erkek) :  
Telefon :  
Adres :  
Muayene Tarihi :  
Protokol No :

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin **okula giriş (kayıt)/periyodik izlem muayenesi** yapılmıştır.

**SONUÇ**

- İzlem yapıldı  
 Muayene yapıldı  
 Gerekli tedavi düzenlendi/önerilerde bulunuldu  
 İleri tetkik ve tedavi için bir üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygun görüldü  
 Diş Hekimine yönlendirildi

**OKUL/ÖĞRETMEN BİLGİLENDİRME NOTU:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Dr. Adı-Soyadı  
İmza