

KİŞİLER İÇİN KAYIT VE AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME TALEP FORMU

A-BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

- Balıkesir İliToplum Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet etmekteyim
- Balıkesir İlinde Aile Hekimikayıtlıyım.
- İlinde Aile Hekimikayıtlıyım.
- Balıkesir İlinde ikamet ediyorum ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.
- Balıkesir İline yeni geldim ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.

AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ

- Bölge Değişikliği Uyumsuzluk Mevcut A.H.'ne ulaşım zorluğu Diğer

SIRA NO	Aile Fertleri Adı Soyadı	Cinsiyet	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Öncelik*	İmza
		(E/K)				
1			/..../.....		
2			/..../.....		
3			/..../.....		
4			/..../.....		
5			/..../.....		
6			/..../.....		

- * Öncelik bölümüne kişilerin bebek, gebe, engelli, allerji durumları belirtilmelidir.
- Zorunlu haller dışında, 3aydan önce Aile Hekimliği değişikliği talebi yapılamaz.
- Farklı bir mobil bölgesinde ikamet edenler , mobil hizmet talebi edemezler.
- Kişiler bu formu doldurarak talep ettikleri Aile Hekiminin çalışma koşullarını kabul etmiş sayılırlar.
- 18 yaş üzerindeki bireyler formu kendi imzalayacaklardır.
- Evlilik,doğum,nüfus,coğrafi bölge gibi özel durumlar haricinde nüfusu 4000 in üzerinde olan birimlere kayıt yapılmayacaktır.

Tel. Ev:..... Cep:

Adres :.....

Mahalle/Köy :.....İlçe:.....

Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor, yukarıdaki hususları ve doğabilecek sorumluluğu kabul ediyorum.

(Kaydımın/Kaydımızın Aile Hekimi 'a alınmasını talep ediyorum.)

Tarih: Adı Soyadı: İmza:

B- BU BÖLÜM TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Bilgilerin doğruluğu kontrol edilmiştir.Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişinin/kişilerin kaydının tarafıma aktarılmasını arz ederim.

Tarih: Kaşe: İmza:

Dilekçeler Aile Hekimince 5(Beş) işgünü içinde TSM'ye resmi yazıyla gönderilecektir.

C-BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

EVRAK SIRA NO:.....

Tercih Formunun Teslim Alınma Tarihi :...../...../.....
Mevcut Aile Hekiminde 3 ayını doldurduğu tarih :...../...../.....
Tercih edilen Aile Hekimine kişinin kayıt tarihi :...../...../.....

KAYIT GÖREVLİSİ

Adı Soyadı
Tarih:/...../20....

İmza:

UYGUNDUR

.....TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

BAŞKANI

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

Kaşe-İmza