

KİŞİLER İÇİN HEKİM DEĞİŞTİRME TALEP FORMU

- Balıkesir İlindeAile Hekimine kayıtlıyım.
 İlindeAile Hekimine kayıtlıyım.
 Balıkesir İlinde ikamet ediyorum ve hiçbir Aile Hekimine Kayıtlı değilim.
 Balıkesir İline yeni geldim ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.

Kaydımın 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 Jümsuzluk 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, özürülü vb.durumları belirtilecektir.

B-BU BÖLÜM TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişinin kaydının tarafıma aktarılmasında sakınca yoktur.

.....Nolu Aile Hekimi

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

Kaşe, İmza,

C-BU BÖLÜM İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ DOLDURULACAK

EVRAK SIRA NO:.....

UYGUNDUR

..... İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

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

Kaşe, İmza

Tercih formunun teslim alınma tarihi

:.../.../.....

Kişinin mevcut Aile hekiminde 3 ayını doldurduğu tarih

:.../.../.....

Tercih edilen hekime kişinin kayıt tarihi

:.../.../.....

KAYIT GÖREVLİSİ

Adı Soyadı

İmza

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