|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **C:\Users\RIZA\Desktop\indir (1).jpg** | **T.C****SAĞLIK BAKANLIĞI****ADIYAMAN HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ** |  |
|  | **KİŞİLER İÇİN HEKİM KAYIT/DEĞİŞTİRME FORMU** |
| **KAYIT YAPTIRMAK İSTEDİĞİ AİLE HEKİMİ** |  | **HALEN KAYITLI OLDUĞU AİLE HEKİMİ** |
| **ADI-SOYADI** |  | **ADI-SOYADI** |  |
| **AH BİRİM KODU** | **02.02.** | **AH BİRİM KODU** |  |
| **İL/İLÇE** | **ADIYAMAN/BESNİ** | **İL/İLÇE** |  |
| **AİLE HEKİMİNİN****İMZA VE KAŞESİ:****TARİH** | **Aşağıda kimlik bilgileri bulunan kişi/kişilerin kaydının tarafıma aktarılmasında sakınca yoktur.****……/……/201** | **-Bu formdaki bilgilerin eksik/hatalı olması veya farklı formların kullanılması halinde başvuru geçersiz sayılacaktır.****-Formların 5 (beş) gün içerisinde Toplum Sağlığı Merkezine teslim edilmemesi halinde başvuru geçersiz sayılacaktır.** |
| **AİLE HEKİMİ KAYIT/DEĞİŞTİRME NEDENİ** |
| **[ ] İKAMETGAH DEĞİŞİKLİĞİ** | **[ ] KENDİ İSTEĞİ** | **[ ] ULAŞIM GÜÇLÜĞÜ** | **[ ]  UYUMSUZLUK** |
| **[ ]  İL DIŞI GÖÇ** | **[ ] İLK DEFA KAYIT** | **[ ] DİĞER…………………………………………………………………………** |
| **BAŞVURU SAHİBİ\*** |
| **ADI-SOYADI** |  | **TC KİMLİK NO** |  |
| **EV TELEFONU** |  | **CEP TELEFONU** |  |
| **ADRESİ** |  |
| **Aile hekimimi değiştirerek, zorunlu haller dışında 3 ay boyunca tekrar değişiklik yapamayacağım(ız) ve varsa verilen gezici sağlık hizmetinden yararlanamayacağım(ız) hakkında bilgilendirildim ve bu şartları kabul ettim.****TARİH: ...../......../201****BAŞVURU SAHİBİNİN ADI-SOYADI:** **İMZASI:****(Başvuran kişilerden 18 yaşından büyüklerin imza atması gerekmektedir.)** |
| **AİLE HEKİMİ KAYIT/DEĞİŞİKLİK YAPILACAK DİĞER KİŞİLERİN KİMLİK BİLGİLERİ** |
|  | **TC KİMLİK NO** | **ADI-SOYADI** | **DOĞUM TARİHİ** | **YAKINLIĞI** | **İMZA** | **SONUÇ\*\*** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **BU BÖLÜM TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.** |
| **U Y G U N D U R****KAYIT NO: ………………………..TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ**  |
| **TARİH:……../……./20** |  | **TSM SORUMLU HEKİMİ****KAŞE/İMZA** |
| **Kayıt Görevlisi****Adı-Soyadı** |  | **TARİH:…../……./20****İmza** |
| **\*18 yaşını doldurmamış kişiler velilerinin imzası olmadan başvuramazlar.****\*\*Sonuç bölümü aşağıdaki kodlara TSM yetkilisi tarafından doldurulacaktır:****1-(Kabul) Aile hekimi tarafından yapılan değişikliğe onay verildi.****2-(Kabul) Değişiklik direkt TSM tarafından yapıldı.****3-(Red) 3 aylık süre dolmadığından değişiklik yapılamadı.****4-(Red) Eksik veya hatalı bilgi olduğundan değişiklik yapılamadı.****5-Diğer** |