|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |