

T.C.
BATMAN VALİLİĞİ
BATMAN HALK SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
AİLE HEKİMLİĞİ KAYIT İŞLEMLERİ TALEP DİLEKÇESİ

TALEP EDİLEN İŞLEM

- ☐ AİLE HEKİMİ İLK KAYIT (Sistemde kaydı olmayanlar ve Yeni Doğanlar için 2 nüsha düzenlenerek, aslı TSM'ne gönderilecek, diğer nüsha Aile Hekiminde kalacaktır)
- ☐ AİLE HEKİMİ ZORUNLU DEĞİŞİKLİK (İL İÇİ ÜÇ AYINI DOLDURMAMIŞ OLAN GÖÇLER - İl dışı göç - Hatalı Kayıt durumlarında 2 nüsha düzenlenerek TSM 'ne gönderilecektir.)
- ☐ AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME (Halen kayıtlı olduğu Aile Hekiminde 3 ayını doldurarak, Aile Hekimini değiştirmek isteyenler için 2 nüsha düzenlenerek TSM'ne gönderilecektir.)

A - BAŞVURU YAPAN KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

Müracaat Eden Kişi ve Adres Bilgileri

Adı Soyadı	MAHALLE / KÖY :	Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve bundan dolayı olabilecek sorumluluğu kabul ediyorum.
Ev Telefonu	CADDE / SOKAK :	
Cep Telefonu	APARTMAN :	
	EV NO:	
HALEN BAĞLI OLDUĞU AİLE HEKİMİ		VARSA TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİNİN
Adı Soyadı.....	Adı Soyadı.....	Tarih : / / 20...
Aile Hekimliği Nosu.....	Aile Hekimliği Nosu.....	İmza:
İl/ilçe.....	İl/ilçe.....	

AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ

- ☐ İl dışı göç ☐ İl içi göç ☐ Uyumsuzluk ☐ Mevcut AH'ne ulaşım zorluğu ☐ Hatalı Kayıt ☐ Diğer.....

S.NO	Aile Fertleri Adı Soyadı	Cinsiyet (E / K)	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Özellik*	İmza
1				.../.../...		
2				.../.../...		
3				.../.../...		
4				.../.../...		
5				.../.../...		
6				.../.../...		
7				.../.../...		
8				.../.../...		
9				.../.../...		
10				.../.../...		

*Özellik bölümüne; kişilerin bebek, gebe, özürlü vb.durumları belirtilecektir.

B-BU BÖLÜM AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

- ☐ Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişi/kişilerin kaydının tarafıma aktarılmasında sakınca yoktur. Kaşe, İmza
- ☐ Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişi/kişilerin uygun aile hekimine kaydedilmesinde sakınca yoktur. 72.....Nolu Aile Hekimi
- Gerekçe Belirtiniz : Tarih: .../.../ 20....

C-BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

EVRAK SIRA NO:.....

UYGUNDUR

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİMİ

Tarih: .../.../2010

Kaşe, İmza

Tercih formunun teslim alınma tarihi :.../.../.....
Tercih edilen hekime kişinin kayıt tarihi :.../.../.....

KAYIT GÖREVLİSİ

Adı Soyadı

Tarih: .../.../2010

İmza