

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
GERMENCİK TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TABİPLİĞİ
KİŞİLER İÇİN HEKİM DEĞİŞTİRME TALEP FORMU

A-BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

- Germencik Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet etmekteyim
- Aydın İli _____ ilçesinde _____ isimli Aile Hekimine kayıtlıyım.
- _____ İlinde _____ isimli Aile Hekimine kayıtlıyım.
- Aydın İlinde ikamet ediyorum ve hiçbir Aile Hekimine Kayıtlı değilim.
- Aydın İline yeni geldim ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.

Kaydımın Aile Hekimi Dr Ertan AVCU'ya yapılması ya da aktarılması için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Velisinin Adı Soyadı :

Ev Telefonu : (0 _____) _____ . _____ . _____

Cep Telefonu : (0 5 _____) _____ . _____ . _____

Adres : Ortaklar Fen Lisesi Pansiyonu

Mahalle/Köy : Ortaklar Mahallesi

İlçe : Germencik

Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve kabul ediyorum ve 3 ay süreyle hekim değiştirmemeyi kabul ediyorum.

___/___/2015

Ad - Soyad:

İmza:

Aile Hekimi değiştirme nedeni:

- Bölge değişikliği Uyumsuzluk Mevcut AH'ne ulaşım zorluğu Diğer _____

Öğrencinin Adı - Soyadı	Cinsiyet	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Özellik*	İmza
	(E/K)				
			___/___/___		

*Özellik bölümüne kişilerin bebek, gebe, özürlü gibi durumları belirtilecektir.

B-BU BÖLÜM TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

Hekim değişikliği talep formu tarafımdan incelenmiş olup **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği** "Kişilerin Aile Hekimini Seçebileceği Bölgeler" başlığı altında bulunan madde 8'de belirtilen hususlara uygun olduğu anlaşılmış ve atama işlemi gerçekleşmiştir.

Hekim Adı-Soyadı:

İmza:

C-BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

Evrak Kayıt Tarihi - No: _____/_____

UYGUNDUR

_____ Toplum Sağlığı Merkezi Sorumlu Hekimi

Tarih: ___/___/2015

Kaşe, İmza

Tercih formunun teslim alınma tarihi : ___/___/201__

Tercih Edilen hekime kişinin kayıt tarihi : ___/___/201__

KAYIT GÖREVLİSİ

Adı Soyadı:

Tarih : ___/___/201__

İmza: