

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
BAYBURT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

EK-1

A-BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

**KİŞİLER İÇİN HEKİM DEĞİŞTİRME TALEP FORMU**

.....Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet etmekteyim

- Bayburt İlinde .....Aile Hekimine kayıtlıyım.  
 ..... İlinde .....Aile Hekimine kayıtlıyım.  
 Bayburt İlinde ikamet ediyorum ve hiçbir Aile Hekimine Kayıtlı değilim.  
 Bayburt İlne yeni geldim ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.(Bu kişiler için Yeni Kayıt Formu (EK-2) doldurtulacak ve Aile Hekimi kendisi kaydettikten sonra formu Yeni Kayıt Formu dosyasında saklayacaktır.)

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.

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

İmza

**AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ**

- Bölge değişikliği  Uyumsuzluk  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: .../.../20.....

Kaşe, İmza

**C-BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK**

EVRAK SIRA NO:.....

**UYGUNDUR**

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİMİ

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

Kaşe, İmza

**KAYIT GÖREVLİSİ**

Adı Soyadı

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

İmza