

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
..... HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ

AİLE HEKİMİ TALEP VE DEĞİŞTİRME DİLEKÇESİ

A-BAŞVURU YAPACAK KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

MÜRACAAT EDEN KİŞİYE AİT BİLGİLER

Adı Soyadı :	Mahalle/Köy :
Ev Telefonu :	Cadde/Sokak :
CepTelefonu :	Apartman :

KAYITLI OLDUĞU AİLE HEKİMİNİN

TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİNİN

Adı Soyadı :	Adı Soyadı :	ONAY İMZA / KAŞE
Aile Hekimi No :	Aile Hekimi No :	
İl / İlçe :	İl / İlçe :	

AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ

İl içi Göç İl Dışı Göç Hatalı Kayıt
 Diğer

NO:	Aile Fertlerinin Adı Soyadı	CİNSİYET		T.C KİMLİK NO	DOĞUM TARİHİ	ÖZEL DURUM *
		E	K			
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve bundan dolayı olabilecek sorumluluğu kabul ediyorum.

.../.../201

İmza
Adı, Soyadı

* Özel Durum bölümüne kişilerin Kronik hastalık, bebek, gebe, engelli vb. durumları yazılacaktır.

NOT:

- Reşit, 18 yaşını doldurmuş olan kişiler kendi imzasını atacaktır.18 yaşının altındaki kişilerde veli/vasisinin imzası olacaktır.
- Zorunlu haller dışında aile hekimi üç aydan önce değiştirilemez.
- Aile hekimi değişikliği kişilerin yazılı talebi üzerine hizmet almak istediği aile hekimince veya ilgili toplum sağlığı merkezince yapılır. Aile hekimince yapılan değişiklik, talep belgesi ile birlikte beş iş günü içerisinde ilgili toplum sağlığı merkezine ulaştırılır.
- Müracaat eden kişinin Kimlik bilgilerini ibraz etmesi zorunludur.

B- İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

EVRAK KAYIT NO :
EVRAK KAYIT TARİHİ : .../.../201...

KAYIT GÖREVLİSİ
Kişinin Sistem Kayıt Tarihi: .../.../201...

Adı Soyadı :
Ünvanı :
İmza :

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

UYGUNDUR

.../.../201...

Kaşe / İmza