

AİLE HEKİMİ TERCİH FORMU

1. AİLE HEKİMİNE KAYDEDİLMESİ İSTENEN AİLE FERTLERİ

T.C. Kimlik No	Adı Soyadı	Doğum Yılı	Yakınlığı	İmza*	Yapılan İşlem (TSM tarafından doldurulur.)
			Kendisi		

* 18 ve üzeri yaştaki aile fertlerinin imzalaması zorunludur. İmzası olmayan aile fertlerinin aile hekimi değişikliği yapılmayacaktır. Ailesinden ayrı yaşayan reşit olmayan (öğrenci vb.) kişilerin müracaatları ise TSM tarafından ayrıca değerlendirilecektir.

2. AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ (Aile hekiminizi son değiştirdiğiniz tarihten itibaren 3 ay süreyle, zorunlu haller dışında, aile hekiminizi değiştiremezsiniz. Bu sebeple varsa değiştirme nedeninizi belirtiniz.)

.....
.....
.....
.....

3. AİLENİN ADRESİ

Mahalle / Köy :
Cadde / Sokak :
İlçe :
İl :
Tel :

Başvuranın Adı Soyadı, İmza, Tarih
.....
...../...../.....

4. AİLE HEKİMİNİN ONAYI (Lütfen bu bölümü kaydınızın yapılmasını istediğiniz aile hekimine onaylatın. Formu bir aile hekimine onaylatmamanız halinde; kaydınız, adresinize yakın ve hasta sayısı en az olan aile hekimine yapılacaktır.)

Yukarıda kimlik bilgileri yazılı olan kişilerin Aile Hekimliği Birimi'ne kaydedilmesi uygundur.

Aile Hekiminin Adı Soyadı, Birim No, Kaşe, İmza, Tarih

..... / /

NOT: Bu form; onaylayan aile hekiminin bağlı olduğu Toplum Sağlığı Merkezi'ne, onaylayan hekim yok ise ailenin adresine hizmet veren Toplum Sağlığı Merkezi'ne teslim edilecektir.