



# İSTANBUL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ AİLE HEKİMİ TERCİH FORMU

İSİM-SOYİSİMİ:		HALEN BAĞLI BULUNDUĞU AİLE HEKİMİ		TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ	
AİLE HEKİMLİĞİ BİRİM NO:				İSİM-SOYİSİMİ:	
İL/İLÇE:				AİLE HEKİMLİĞİ BİRİM NO:	
AİLE HEKİMİ DEĞİŞİKLİK NEDENİ		İKAMET DEĞİŞİKLİĞİ <input type="checkbox"/> KAMİNASI <input type="checkbox"/> KENDİ İSTEĞİ		İLÇE: *****TARİH: ...../...../..... İMZA/KAŞE:	
		<input type="checkbox"/> BİRİMLERİN <input type="checkbox"/> YENİ KAYIT			

* BAŞVURU SAHİBİ *		T.C. KİMLİK NUMARASI (KİMLİK FOTOKOPİSİ EKLENECEKTİR)		AİLE Hekimimi değiştirerek, zorunlu haller dışında 3 ay boyunca tekrar değişiklik yapamayacağım ve varsa verilen gezici sağlık hizmetinden yararlanamayacağım hakkında bilgilendirildim ve bu şartları kabul ettim. TARİH: ...../...../..... İMZA:	
İSİM-SOYİSİMİ:		SONUÇ*			
ADRES:					
EV TELEFONU:		İŞ TELEFONU:			
CEP TELEFONU:		E-POSTA:			

KAYIT DEĞİŞİKLİĞİ OLACAK VELİSİ VE VASİSİ OLDUĞUM DİĞER KİŞİLERİN KİMLİK BİLGİLERİ (EŞLER HARİÇ)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
T.C. KİMLİK NUMARASI***	İSİM	SOYİSİMİ	DOĞUM TARİHİ	CİLT NO	AİLE SIRA NO	SIRA NO	YAKINLIK DEREJESİ	SONUÇ*	

*SONUÇ BÖLÜMÜ AŞAĞIDAKİ KODLARA GÖRE TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ YETKİLİSİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.
KOD AÇIKLAMA
1 [KABUL] AİLE HEKİMİ TARAFINDAN YAPILAN DEĞİŞİKLİĞE ONAY VERİLDİ.
2 [KABUL] DEĞİŞİKLİK DİREK TSM TARAFINDAN YAPILDI.
3 [RET] 3 AYLIK SÜRE DOLDURULMADIĞINDAN DEĞİŞİKLİK YAPILMADI.
4 [RET] JEKİK VEA HATAI BİLGİ OLDUĞUNDAN DEĞİŞİKLİK YAPILMADI.
5 [RET] DEĞİŞİKLİK YAPILACAK KİŞİ BAŞVURU SAHİBİ İLE AYNI AİLEDEN OLMADIĞINDAN DEĞİŞİKLİK YAPILMADI.
6 [RET] DİĞER NEDENLER .....

İSİM-SOYİSİMİ:	TSM ONAYI
ÜNVAN:	
İMZA:	
ONAY TARİHİ : ...../...../.....	

\*\*18 YAŞINI DOLDURMAMIS KİŞİLER YELİLERİNİN İMZASI OLMADAN BAŞVURAMAZLAR.  
\*\*\*T.C. KİMLİK NUMARASI HER KAREYE BİR RAKAM GELECEK ŞEKİLDE DOLDURULACAKTIR.  
\*\*\*\*AİLE HEKİMİ TARAFINDAN İMZALANAN FORM 5 İŞ GÜNÜ İÇİNDE İLÇE TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ'NE ULAŞTIRILIR.

# İSTANBUL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ AİLE HEKİMİ TERCİH FORMU

veli + eğerler  
kennel fot.

İSİM-SOYİSİMİ:	HALEN BAĞLI BULUNDUĞU AİLE HEKİMİ	TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ
AİLE HEKİMİ BİRİM NO:	İL/İLÇE:	AİLE HEKİMİ BİRİM NO:
AİLE HEKİMİ DEĞİŞİKLİK NEDENİ	<input type="checkbox"/> İKAMET DEĞİŞİKLİĞİ <input type="checkbox"/> KAMIASI <input type="checkbox"/> KENDİ İSTEĞİ	<input type="checkbox"/> BİRİMİN <input type="checkbox"/> YENİ KAYIT
****TARİH: ..../...../.....		****TARİH: ..../...../.....
İMZA/KAŞE:		İMZA/KAŞE:

BAŞVURU SAHİBİ **		T.C. KİMLİK NUMARASI	
İSİM-SOYİSİMİ:	ĞELEN CÜM DDI SONYAD)	SONUÇ*	(KİMLİK FOTOKOPİSİ EKLENECEKTİR)
ADRES:	ÇALINTAŞARAY LİSESİ	Aile Hekimimi değiştirerek, zorunlu haller dışında 3 ay boyunca tekrar değişiklik yapamayacağım ve varsa verilen gezici sağlık hizmetinden yararlanamayacağım hakkında bilgilendirildim ve bu şartları kabul ettim.	
EV TELEFONU:	İŞ TELEFONU:	TARİH: ..../...../.....	İMZA: velli imza
CEP TELEFONU:	E-POSTA:		

VELİ DOĞURULAN KAYIT DEĞİŞİKLİĞİ OLACAK VELİSİ VE VASİSİ OLDUĞUM DİĞER KİŞİLERİN KİMLİK BİLGİLERİ (EŞLER HARİÇ)									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
T.C. KİMLİK NUMARASI***	İSİM	SOYİSİMİ	DOĞUM TARİHİ	ÇİLT NO	AİLE SIRA NO	SIRA NO	YAKINLIK DEREJESİ	SONUÇ*	

*SONUÇ BÖLÜMÜ AŞAĞIDAKİ KODLARA GÖRE TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ YETKİLİSİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR	
KOD	AÇIKLAMA
1	(KABUL)AİLE HEKİMİ TARAFINDAN YAPILAN DEĞİŞİKLİĞE ONAY VERİLDİ.
2	(KABUL)DEĞİŞİKLİK DİREK TSM TARAFINDAN YAPILDI.
3	(RET) 3 AYLIK SÜRE DOLDURULMADIĞINDAN DEĞİŞİKLİK YAPILMADI.
4	(RET)EKSKİK VEYA HATAU BİLGİ OLUĞUNDAN DEĞİŞİKLİK YAPILMADI.
5	(RET)DEĞİŞİKLİK YAPILACAK KİŞİ BAŞVURU SAHİBİ İLE AYNI ALEDEN OLMADIĞINDAN DEĞİŞİKLİK YAPILMADI.
6	(RET) DİĞER NEDENLER .....

\*\*18 YAŞINI DOLDURMAMIŞ KİŞİLER VEVELERİNİN İMZASI OLMADAN BAŞVURULAMAZLAR.  
\*\*\*T.C. KİMLİK NUMARASI HER KAREYE BİR KAREM GELECEK ŞEKİLDE DOLDURULACAKTIR.  
\*\*\*\*AİLE HEKİMİ TARAFINDAN İMZALANAN FORMU 5 İŞ GÜNÜ İÇİNDE İLÇE TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ'NE ULAŞTIRILIR.

İSTİFİ-SOYİSİMİ:	TSM ONAYI
ÜNVAN:	
İMZA:	
ONAY TARİHİ :	...../...../.....