



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TABİPLİĞİNE



AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME TALEP DİLEKÇESİ

Müracaat Eden Aileye Ait Bilgiler

Adı Soyadı MAHALLE / KÖY
Ev Telefonu CADDE / SOKAK İLÇE
Cep Telefonu APARTMAN - NO

	Aile Fertlerinin Adı Soyadı	Cinsiyet		TC KİMLİK NO	Doğum Tarihi	Kayıt Yapıldı	AÇIKLAMALAR
		E	K				
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		
4		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		
5		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		
6		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		
7		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		
8		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		
9		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		
10		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	/...../.....		

HEKİM DEĞİŞİKLİĞİNDE DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

- 1-Kişiler Aile Hekimlerine en az 3 (üç) ay süreyle bağlı kalmak zorundadır.
- 2-Kişiler yeni bağlandıkları Aile Hekiminin çalışma şartlarını peşinen kabul eder ve gezici hizmet talep edemez.
- 3-Hekim değişikliğinin yapılabilmesi için yeni bağlanılan Aile Hekimi tercih formunun ilgili kısımlarının eksiksiz olarak doldurması gereklidir.

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

BAŞVURU TARİHİ :/...../.....
İMZA :

HALEN BAĞLI OLDUĞU AİLE HEKİMİNİN *
Adı Soyadı
Aile Hekimliği No'su
İl / İlçe.....

TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİNİN	ONAYI
Adı Soyadı/...../.....
Aile Hekimliği No'su	
İl / İlçe.....	Kaşe, İmza

AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ			
<input type="checkbox"/> HEKİM TERCİHİ	<input type="checkbox"/> FİZİKSEL MEKAN TERCİHİ	<input type="checkbox"/> ULAŞIM GÜÇLÜĞÜ	<input type="checkbox"/> HİÇ KAYDI YOK
<input type="checkbox"/> İİ İÇİNDE GÖÇ	<input type="checkbox"/> İİ DIŞINDAN GÖÇ	<input type="checkbox"/> HATALI KAYIT	<input type="checkbox"/> DİĞER (.....)

BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK	
EVRAK SIRA NO:	KAYIT GÖREVLİSİ
Formun teslim alınma tarihi/...../200.	Adı Soyadı
Tercih edilen hekime kişinin kayıt tarihi/...../200.	Ünvanı
Mevcut Aile Hekiminde 3 ayını doldurduğu tarih/...../200.	İmza
AÇIKLAMALAR	

İlk Defa aile hekimine kayıtlı olacak hastalarda * işaretli kısımlar doldurulmayacaktır.
Daha önce kayıtlı olduğu Aile Hekimine gönderilecektir. (3.Suret)
Tercih edilen Aile Hekimine gönderilecektir. (2.Suret)
Toplum Sağlığı Merkezinde kalacaktır. (Asıl)