

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
BATMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**AİLE HEKİMİ TALEP VE DEĞİŞTİRME DİLEKÇESİ**

**A-BAŞVURU YAPACAK KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAK**

**MÜRACAAT EDEN KİŞİYE AİT BİLGİLER**

Adı Soyadı :	Mahalle/Köy :
Cep Telefonu :	Cadde/Sokak :
Cep 2 Telefonu :	Apartman :

**KAYITLI OLDUĞU AİLE HEKİMİNİ 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**

<input type="checkbox"/> İl içi Göç	<input type="checkbox"/> İl Dışı Göç	<input type="checkbox"/> Hatalı Kayıt
<input type="checkbox"/> 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.

.../.../202

İmza  
Adı, Soyadı

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

NOT:

**B- İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.**

EVRAK KAYIT NO : .....	..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ
EVRAK KAYITTARİHİ : KAYIT GÖREVLİSİ	UYGUNDUR
Kişinin Sistem Kayıt Tarihi: .../.../202..	.../.../202...
Adı Soyadı : .....	Kaşe / İmza
Ünvanı : .....	
İmza : .....	