

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
KAHRAMANMARAŞ HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜ
..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ

EK-1

A-BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

KİŞİLER İÇİN HEKİM DEĞİŞTİRME TALEP FORMU

-Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet etmekteyim
- ☐ Kahramanmaraş İlindeAile Hekimine kayıtlıyım.
- ☐İlindeAile Hekimine kayıtlıyım.
- ☐ Kahramanmaraş İlinde ikamet ediyorum ve hiçbir Aile Hekimine Kayıtlı değilim.
- ☐ Kahramanmaraş İlne yeni geldim ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.

Kaydımın Aile Hekimi Dr.....'a yapılması ya da aktarılması için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Adı Soyadı :
Tel. Ev :..... Cep :.....
Adres :.....
Mahalle/Köy :.....İlçe:.....
Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve kabul ediyorum.

İmza

AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ

- ☐ Bölge değişikliği ☐ Uyumsuzluk ☐ Mevcut AH'ne ulaşım zorluğu ☐ Diğer.....

S.NO	Aile Fertleri Adı Soyadı	Cinsiyet (E / K)	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Özellik*	İmza
1				.../.../.....		
2				.../.../.....		
3				.../.../.....		
4				.../.../.....		
5				.../.../.....		
6				.../.../.....		
7				.../.../.....		
8				.../.../.....		
9				.../.../.....		
10				.../.../.....		

*Özellik bölümüne; kişilerin bebek, gebe, özürlü vb.durumları belirtilecektir.

B-BU BÖLÜM TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişinin kaydının tarafıma aktarılmasında şaşıncı yoktur.

ÇKYS Kod No.....

.....Nolu Aile Hekimi

Kaşe, İmza,

Tarih: .../.../.....

C-BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK

EVRAK SIRA NO:.....

UYGUNDUR

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİMİ

Tarih: .../.../20.....

Kaşe, İmza

Tercih formunun teslim alınma tarihi :.../.../.....
Kişinin mevcut Aile hekiminde 3 ayını doldurduğu tarih :.../.../.....
Tercih edilen hekime kişinin kayıt tarihi :.../.../.....

KAYIT GÖREVLİSİ

Adı Soyadı

İmza

Tarih: .../.../201...

NOT: Kayıt için Müracaat Eden Şahsın Nüfus Cüzdanı Fotokopisi Eklenacaktır.