**T.C.**

**MALATYA SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

 **MALATYA DOĞANŞEHİR TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ**

 **KİŞİLER İÇİN KAYIT VE HEKİM DEĞİŞTİRME TALEP FORMU**



**A - BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.**

**MALATYA ili DOĞANŞEHİR ilçesinde etmekteyim**

**MALATYA İlinde . . . . . . . . . . . . . . . Aile Hekimine kayıtlıyım.**

  **…………… İlinde …………………….Aile Hekimine kayıtlıyım.**

**MALATYA İlinde ikamet ediyorum ve hiçbir Aile Hekimine Kayıtlı değilim.**

**MALATYA İline yeni geldim ve hiçbir Aile Hekimine kayıtlı değilim.**

**Aşağıda T.C. Kimlik Numarası yazılı kişilerin kaydının, Dr. ………………………..adlı Aile Hekimine yapılması ya da aktarılması için gereğinin yapılmasını arz ederim."**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ad Soyad** | **:**  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tel.** | **Ev :**  | **Cep :**  |  |  |  |  |  | **İmza** |
| **Adres** | **:**  |  |  |  |  |  |
| **Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve bu bilgilerin yanlışlığından doğabilecek hukuki sorumluluğu kabul ediyorum.** |  |  |
| **Hekim değişikliği yapıldıktan sonra 3 ay süre ile aile hekimi değişikliği talebinde bulunamayacağımı biliyor ve kabul ediyorum.** |  |  |
| **AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ** |  |  |  |  |  |  |  |
|  **Bölge Değişikliği** | **Uyumsuzluk** | **Mevcut AH'ne ulaşım zorluğu** | **Diğer. . . . . . . . . . . . . . .** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **T.C. KİMLİK NO** | **AD SOYAD** |  | **CİNSİYET** | **DOĞUM TARİHİ** |  | **ÖZELLİKLER** |  | **İmza** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**B - BU BÖLÜM TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.**

**Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişinin kaydının tarafıma aktarılmasında sakınca yoktur.** **Dilekçe No :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dr.** |  |  | **Dr.** |  |
|  |  | **MALATYA DOĞANŞEHİR MEHMET KÜÇÜK AİLESAĞLIĞI MERKEZİ**  |  |
| **Tarih : ../ ../ .....** |  |  |  |
|  |  | **Aile Hekimi** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
| **C - BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  | **EVRAK SIRA NO. . . . . . . . . . . . . . .** |  |
| **Tercih Formunun Teslim Alınma Tarihi** | **: ..** | **/ ..** | **/ .....** |  |
| **Mevcut aile hekiminde 3 ayını doldurduğu tarih** | **: ..** | **/ ..** | **/ .....** |  |
| **Tercih edilen aile hekimine kişinin kayıt tarihi** | **: ..** | **/ ..** | **/ .....** |  |



|  |  |
| --- | --- |
| **KAYIT GÖREVLİSİ** | **UYGUNDUR** |
|  |  |  | **MALATYA DOĞANŞEHİR TSM** |
| **Adı Soyadı** |  | **TSM SORUMLU HEKİMİ** |
| **Tarih :** | **../ ..** | **/ .....** | **Tarih : ../ ../ .....** |
| **İmza :** | **../ ..** | **/ .....** | **Kaşe,İmza** |