

T.C.  
SİVAS VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

**ÂİLE HEKİMİNE KAYIT FORMU**

**FORM DOLDURULMA NEDENİ**

- HİÇ KAYDI YOK  HEKİM TERCİHİ (3 ay)  
 İİ İÇİNDE GÖÇ  İİ DİŞİNDAN GÖÇ  DİĞER (.....)

**Müracaat Eden Aileye Ait Bilgiler**

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

	Aile Fertlerinin Adı Soyadı	Cinsiyet		TC KİMLİK NO	Doğum Tarihi	Özellik*	İmza
		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"/>		...../...../.....		
11		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		...../...../.....		
12		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		...../...../.....		

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

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

BAŞVURU TARİHİ: ...../...../201....  
İMZA:

**(VARSA) HALEN BAĞLI OLDUĞU ÂİLE HEKİMİNİN**

Adı Soyadı .....  
Aile Hekimliği No'su .....  
İl / İlçe.....

**(Hekim Tercihinde) ONAYLAYAN ÂİLE HEKİMİNİN**

Adı Soyadı .....  
Aile Hekimliği No'su 58. .... /...../201....  
İl / İlçe SİVAS/ ..... Kaşe, İmza

**BU BÖLÜM İLGİLİ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAK**

EVRAK SIRA NO: .....

KAYIT GÖREVLİSİ

Formun teslim alınma tarihi ...../...../201....

Adı Soyadı .....

Ünvanı .....

Mevcut Aile Hekiminde 3 ayını doldurduğu tarih ...../...../201....

İmza .....

**AÇIKLAMALAR**

**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 bölgesinde değilse gezici hizmet talep edemez.
- 3-Hekim değişikliğinin yapılabilmesi için formun ilgili kısımlarının eksiksiz olarak doldurması gereklidir.
- 4-Aile Hekimi başvuru sırasında kimlik bilgilerinin doğruluğunu kontrol edecektir. Müracaat eden kişi tarafından imzalanmış ve "Aile hekimine kesin kayıta kullanılmak üzere verilmiştir" ibaresi yazılı nüfus cüzdanı fotokopisi forma eklenecektir.

Form TSM ye gönderilecektir.