……. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GEBE GEÇ TESPİT BEYAN TUTANAĞI (Ek-10)

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan .....……..……
T.C. kimlik numaralı…...……isimli kişinin/gebenin .....……..……..……...
nedenlerden dolayı gebeliğinin geç tespit edilebildiğini beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Çalışanı	: …….	Aile Hekimi	: ……
Aile Hekimliği Birimi	: …….	Aile Hekimliği Birimi	: ……
Tarih	:…./…./20…..	Tarih	:…./…./20…..
İmza		İmza	

Gebeliği Geç Tespit Edilen Kişinin Adı Soyadı:
Telefon Numarası:

Adres:

Tarih : .../…/20…

İmza: