…….. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BAĞIŞIKLAMA/İZLEM BİLGİLENDİRME TUTANAĞI (EK-12)

……..numaralı aile hekimliği biriminde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan ……. T.C. Kimlik numaralı ……..…… isimli gebe, lohusa, bebek, çocuğun bağışıklama hizmeti/izlemin aile hekimi/aile sağlığı çalışanı tarafından yapılmasını kabul etmemesi tarafımıza bildirilmiştir.

Yukarıda adı geçen kişiye/yakınına ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezi görevlileri ve (varsa) psikolog/sosyal çalışmacı/öğretmen, din görevlisi vb. eşliğinde evinde ziyaret edilerek mümkün değilse telefon ile ulaşılarak bahsedilen bağışıklama hizmeti ve izlemin yapılmaması halinde oluşabilecek riskler ve tehlikeler konusunda gerekli danışmanlık hizmeti verilmiştir.

Bilgilendirme sonrası kişi/yakını aile sağlığı merkezince verilecek olan bağışıklama hizmeti/izlemi kabul etmediğini beyan etmiştir.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

İSM/TSM Adı:

….//20….
……

Psikolog/sosyal çalışmacı/sorumlu kişi

İmza

….//20….
……

İSM/TSM Çalışanı

İmza

…../…../20…
İSM/TSM BAŞKANI

İmza