…… İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GÖÇ TESPİT TUTANAĞI_(Ek-3)

……..numaralı aile hekimliği biriminde Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde kesin kayıtlı olan ……T.C. Kimlik numaralı ……isimli gebe, lohusa, bebek, çocuğun ikamet etmiş olduğu adresten taşındığı tarafımızca tespit edilmiştir.

Kişi/Aile ADNKS kaydını yeni taşınmış olduğu yerleşim yerine aldırmadığı için muhtarlıktan yokluk belgesi alınamamıştır.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

Kişinin Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde en son işlem yapıldığı tarih:

Kişinin adres bilgisi:

…/…/20…

……

Aile Sağlığı Çalışanı

İmza

..../…./20….

……..……

Aile Hekimi

İmza

…./…./20….

……..

Kişinin komşusu/yakını

Adres bilgisi:

İmza

…./…./20….

……

Muhtar*

İmza

İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ/TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ BAŞKANI GÖRÜŞÜ:

……
……
……
……

…../…../20…

İSM/TSM BAŞKANI

İmza

(*) *Adres bilgisi AHBS kayıtlarında olmayan gebe, lohusa, bebek, çocuk için kişilerin kaydı muhtarlıktan kontrol edilerek imza altına alınacaktır.*