…… İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

TIBBİ NEDEN BEYAN TUTANAĞI-1_(Ek-5)

……..numaralı aile hekimliği biriminde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan ……..….T.C. Kimlik numaralı ……..…… isimli çocuğumun/kendimin …… şeklindeki tıbbi durumu nedeniyle **bağışıklama hizmetinin** yapılamadığını/ belirtilen performans aralığında yapılmadığını beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

…/…/20… ..../…./20…

…… ……..…….

Aile Sağlığı Çalışanı Aile Hekimi

İmza İmza

…./…./20….

……

Kişini kendisi veya çocuğun annesi/babası/vasisi

Adres bilgisi:

Telefon numarası:

İmza

…../…../20…

İSM/TSM BAŞKANI

İmza