

SAMSUN İLİ

AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

ÖĞRENCİ MUAYENE / İZLEM BİLDİRİM FORMU

ÖĞRENCİNİN

ADI - SOYADI	
T.C. KİMLİK NO	
BABA ADI	
DOĞUM TARİHİ (Gün/Ay/Yıl) / /
CİNSİYETİ (Kız / Erkek)	
TELEFON NO	
ADRES
MUAYENE TARİHİ / /
PROTOKOL NO	
Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin periyodik izlem / muayenesi yapılmıştır.	

SONUÇ

<input type="checkbox"/>	İzlem yapıldı.
<input type="checkbox"/>	Muayene yapıldı.
<input type="checkbox"/>	Gerekli tedavi düzenlendi / önerilerde bulunuldu.
<input type="checkbox"/>	İleri tedkik ve tedavi için bir üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygun görüldü.
<input type="checkbox"/>	Diş Hekimine yönlendirildi.

OKUL / ÖĞRETMEN BİLGİLENDİRME NOTU

İmza :

Dr. Adı – Soyadı :

SAMSUN İLİ

AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

ÖĞRENCİ MUAYENE / İZLEM BİLDİRİM FORMU

ÖĞRENCİNİN

ADI - SOYADI	
T.C. KİMLİK NO	
BABA ADI	
DOĞUM TARİHİ (Gün/Ay/Yıl) / /
CİNSİYETİ (Kız / Erkek)	
TELEFON NO	
ADRES
MUAYENE TARİHİ / /
PROTOKOL NO	
Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin periyodik izlem / muayenesi yapılmıştır.	

SONUÇ

<input type="checkbox"/>	İzlem yapıldı.
<input type="checkbox"/>	Muayene yapıldı.
<input type="checkbox"/>	Gerekli tedavi düzenlendi / önerilerde bulunuldu.
<input type="checkbox"/>	İleri tedkik ve tedavi için bir üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygun görüldü.
<input type="checkbox"/>	Diş Hekimine yönlendirildi.

OKUL / ÖĞRETMEN BİLGİLENDİRME NOTU

İmza :

Dr. Adı – Soyadı :