

## 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 : .....