**EK – 3: FORM - 1**

**SAKARYA İLİ**

**HENDEK AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ**

**ÖĞRENCİ MUAYENE/İZLEM BİLDİRİM FORMU**

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Baba Adı :

Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) :

Cinsiyeti (Kız/Erkek) :

Telefon :

Adres :

Muayene Tarihi :

Protokol No :

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin periyodik izlem/ muayenesi yapılmıştır.

**SONUÇ:**

İzlem yapıldı



Muayene yapıldı



Gerekli tedavi düzenlendi/önerilerde bulunuldu



İleri tetkik ve tedavi için bir üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygun görüldü



Diş Hekimine yönlendirildi



**OKUL/ÖĞRETMEN BİLGİLENDİRME NOTU:**

…………………………..………...………………………………………………….……………

…………………………..………...………………………………………………….……………

…………………………..………...……………………………………………….………………

Dr. Adı-Soyadı

İmza

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 201cd3f9-ba4c-4032-9eea-34fe6bd49c9d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.