

**T.C.**  
**ANKARA VALİLİĞİ**  
**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**A-BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.**

**Dilekçe No:** .....

- .....Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet etmekteyim
- Ankara İlinde .....Aile Hekimine kayıtlıyım.
- .....İlinde .....Aile Hekimine
- Ankara İlne yeni geldim ve hiçbir aile hekimine kayıtlı değilim.

Kaydımın Aile Hekimi Dr.....'a yapılması ya da aktarılması için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Adı Soyadı :  
Tel. Ev : ..... Cep : .....  
Adres : .....  
Mahalle/Köy : ..... İlçe : .....  
Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve kabul ediyorum.

İmza

**AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ**

- Adres/Bölge değişikliği  Uyumsuzluk  Mevcut AH'ne ulaşım zorlu  Diğer.....

SNO	Aile Fertleri Adı Soyadı	Cinsiyet	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Özellik*	İmza
		(E / K)				
1				.../.../.....		
2				.../.../.....		
3				.../.../.....		
4				.../.../.....		
5				.../.../.....		
6				.../.../.....		
7				.../.../.....		
8				.../.../.....		
9				.../.../.....		
10				.../.../.....		

\* Özellik bölümüne; kişilerin bebek, gebe, özürülü vb. durumları belirtilecektir.

**B-BU BÖLÜM TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR**

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişinin/kişilerin kaydının tarafıma aktarılmasında sakınca yoktur.

Kaşe, İmza

..... Nolu Aile Hekimi

Tarih: .../.../20....

ÖRNEKTİR

T.C.  
ANKARA VALİLİĞİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Baz bırakılacak

A-BU BÖLÜM BAŞVURU SAHİBİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Dilekçe No: .....

- .....Toplum Sağlığı Merkezi bölgesinde ikamet etmekteyim
- Ankara İlinde .....Aile Hekimine kayıtlıyım.
- .....İlinde .....Aile Hekimine
- Ankara İline yeni geldim ve hiçbir aile hekimine kayıtlı değilim.

Kaydımın Aile Hekimi Dr.....'a yapılması ya da aktarılması için gereğinin yapılmasını arz ederim.

Adı Soyadı : Alper ALTINBAŞ  
Tel. Ev : 0 312 102 0000 Cep : 0 530 102 0000  
Adres : Poliklinik  
Mahalle/Köy : ..... İlçe : Yenimahalle  
Yazmış olduğum bilgilerin doğruluğunu onaylıyor ve kabul ediyorum.

İmza

AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ

- Adres/Bölge değişikliği  Uyumsuzluk  Mevcut AH'ne ulaşım zorlu  Diğer.....

S.NO	Aile Fertleri Adı Soyadı	Cinsiyet	TC Kimlik No	Doğum Tarihi	Özellik*	İmza
		(E / K)				
1	Özgençoğlu			.../.../.....		
2				.../.../.....		
3				.../.../.....		
4				.../.../.....		
5				.../.../.....		
6				.../.../.....		
7				.../.../.....		
8				.../.../.....		
9				.../.../.....		
10				.../.../.....		

\* Özellik bölümüne; kişilerin bebek, gebe, özürlü vb. durumları belirtilecektir.

B-BU BÖLÜM TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Yukarıda kimlik bilgileri bulunan kişinin/kişilerin kaydının tarafıma aktarılmasında sakınca yoktur.

Kaşe, İmza

..... Nolu Aile Hekimi

Tarih: .../.../20....