



T.C.
BURDUR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



AİLE HEKİMİ TERCİH FORMU

1.	HALEN KAYITLI OLDUĞU AİLE HEKİMİ*	TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİ**
Adı Soyadı		
ASM*		
il / İlçe		
* Bilinmiyorsa boş bırakınız. ** Tercih Edilen Aile Hekimi alanını boş bırakmanız yada bir aile hekimine onaylatmamanız halinde ikamet adresinize en uygun Aile Hekimine yerleştirilirsiniz.		Tercih Edilen Aile Hekiminin Onayı Kaşe, Tarih, İmza/...../.....

2. AİLE HEKİMİ DEĞİŞTİRME NEDENİ (Aşağıdakilerden yalnızca 1 tanesini seçiniz...)

<input type="checkbox"/> Hiçbir Aile Hekimine Kayıtlı Değilim	<input type="checkbox"/> Uyumsuzluk
<input type="checkbox"/> İl Dışından Göç	<input type="checkbox"/> Ulaşım Zorluğu
<input type="checkbox"/> İl içi Göç	<input type="checkbox"/> Diğer :
<input type="checkbox"/> Aşağıdaki aile bireylerim başka bir Aile Hekimine kayıtlı

3. TERCİH EDİLEN AİLE HEKİMİNE KAYIT YAPILACAK AİLE FERTLERİ

TC Kimlik No	Adı Soyadı	Başvuru Yapanla Yakınlığı	Yapılan İşlem (AHBS Yöneticisi Dolduracaktır)

BAŞVURU SAHİBİNİN ADRESİ:

İkamet adresi değişen vatandaşlar bu değişikliği, yasa gereği 20 gün içerisinde, Nüfus Müdürlüğüne bildirmek zorundadırlar.
Adresiniz KPS (Kimlik Paylaşım Sistemi) üzerinden kontrol edilecek, talebiniz KPS'ne kayıtlı adresinize göre değerlendirilecektir.

Başvuru Sahibinin Adı Soyadı, Tarih, İmza

MAHALLE / KÖY :

.....

CADDE / SOKAK :

...../...../.....

.....

.....

İLÇE / İL :

TEL :