



## AİLE HEKİMİ PERFORMANS İTİRAZ FORMU



HEKİMİN ADI SOYADI	
HEKİMİN GÖREV YAPTIĞI İLÇE	
ASM BÖLGESİ	
<b>İTİRAZA AİT</b>	
PERFORMANSA AİT DURUM	BEBEK AŞILAMALARI <input type="checkbox"/> BEBEK İZLEMLERİ <input type="checkbox"/> GEBE İZLEMLERİ <input type="checkbox"/>
PERFORMANS KESİNTİSİNE İTİRAZ EDİLEN AY	...../200...
PERFORMANS ARALIĞI	.... / .... / ..... - .... / .... / .....
<b>İTİRAZ EDİLEN KİŞİNİN KİŞİSEL BİLGİLERİ</b>	
ADI SOYADI	
T.C. KİMLİK NUMARASI	
DOĞUM TARİHİ	.... / .... / .....
HASTANIN KESİN KAYIT TARİHİ	.... / .... / .....
GEBE İSE SON ADET TARİHİ	.... / .... / .....
GEBELİĞİN SONLANMA TARİHİ	.... / .... / .....

..... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ TABİPLİĞİNE

.... / .... / 200...

..... Yılı ..... Ayına ait performans kesintime itiraz ediyorum. İtirazıma ait belgeler ekte sunulmuştur.

Dr. ....  
15 ..... Nolu AH

NOT: 1. Eklenen belgeler onaylı olmalıdır