## FORM – 1

**ANKARA İLİ**

**MAMAK İLÇESİ**

**...…………………………. 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