

BAYBURT İLİ
..... **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

BAYBURT İLİ
..... **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