ÖĞRENCİNİN

....................................................................İLİ

.............................................................AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

ÖĞRENCİ MUAYENE/İZLEM BİLDİRİM FORMU

Adı ve Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Baba Adı :

Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) :

Cinsiyeti (Kız/Erkek) :

Telefon :

Adres :

Muayene :

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