Ek- 13

**İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ/ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ**

**YERİNDE TESPİT TUTANAĞI**

…………………………..numaralı aile hekimliği birimindeAile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan ……………………….T.C. Kimlik numaralı ……………………..……………………………isimli gebe, lohusa, bebek, çocuk, kişi/kişilerin ikamet etmiş olduğu adres olan………………………………………………………………………………………………………………..’a gidilmiş, gebe, lohusa, bebek, çocuk, kişi/ kişilerin belirtilen adreste bulunmuştur/bulunmamıştır. Bu adresten taşındıkları/taşınmadıkları tarafımızca tespit edilmiştir.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

 İSM/TSM Adı:

…./…./…. …………………………

 İSM/TSM Çalışanı

 İmza

…../…../…

İSM/TSM BAŞKANI

 İmza