Ek- 5

**TIBBİ NEDEN BEYAN TUTANAĞI-1**

…………………………..numaralı aile hekimliği birimindeAile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan ……………………….T.C. Kimlik numaralı ……………………..……………………………isimli çocuğumun/kendimin……………………………………………………………………şeklindeki tıbbi durumu nedeniyle **bağışıklama hizmetinin** yapılamadığını/ belirtilen performans aralığında yapılmadığını beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

 …/…/… ..../…./….

……………………… ……………..………….

Aile Sağlığı Çalışanı Aile Hekimi

 İmza İmza

 …./…./…. …………………………

Kişini kendisi veya çocuğun annesi/babası/vasisi

Adres bilgisi:

Telefon numarası:

 İmza

…../…../…

İSM/TSM BAŞKANI

 İmza