Ek- 7

**İZLEM/ AŞI TUTANAĞI**

………………………………..numaralı aile hekimliği biriminde Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan………………...T.C. Kimlik numaralı…………………………………isimli çocuğumun/kendimin izlemi/aşısını………………………………...…………………………………..……nedeniyle……………………………tarihinde ………………………………………………………………isimli sağlık kurumunda yaptırdığımı 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