

EK-3
Sağlık Personelinin Nezaretinde ve
Sağlık Kuruluşu Dışında Gerçekleşen Doğumların Bildirim Belgesi

..... İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE/TOPLUM SAĞLIĞI
MERKEZİNE

.../.../20.. tarihinde aşağıda bilgileri yer alan kişiye, belirtilen adreste cinsiyeti kız / erkek olan, canlı / ölü bir doğum yaptırdım. Yaptırdığım doğumun doğruluğunu beyan eder “Doğum Bildirim Sistemine” kaydının yapılması için bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Doğum yaptırılanın;

Adı-Soyadı :

T.C.Kimlik No* / Yabancı :

Kimlik No

Varsa doğuma şahit olan :
kişi adı-soyadı

Bebegin gebelik haftası :
(biliniyorsa)

Bebegin doğum ağırlığı :
(gram) (biliniyorsa)

İletişim bilgisi (adres – :
telefon numarası)

Bildirimde bulunanın;

Adı-Soyadı :

T.C.Kimlik No / Yabancı :

Kimlik No

Mesleği :

Doğum yaptırılan yer / :
adresi

Bildirim Tarihi :

İmzası :

İletişim bilgisi (adres – :
telefon numarası)

** Doğum yaptırıldığı bildirilen kişinin T.C. Kimlik numarası mutlaka yazılacaktır.*