**……………………………………..İLİ**

 **...…………………………. AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ**

 **ÖĞRENCİ MUAYENE/İZLEM BİLDİRİM FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| ÖĞRENCİNİN |  |
| Adı ve Soyadı | : |
| T.C. Kimlik Numarası | : |
| Baba Adı | : |
| Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) | : |
| Cinsiyeti (Kız/Erkek) | : |
| Telefon | : |
| Adres | : |
| Muayene Tarihi | : |
| Protokol No | : |

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin **okula giriş (kayıt)/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