Ek- 10

**GEBE GEÇ TESPİT BEYAN TUTANAĞI**

…………………………..numaralı aile hekimliği birimindeAile Hekimliği Bilgi Sistemine kesin kayıtlı olan ……………………….T.C. Kimlik numaralı ……………………..……………………………isimli kişinin/gebenin……………………………………………………………………………………………………nedenlerden dolayı gebeliğinin geç tespit edildiğini beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda isimleri bulunan kişilerce imza altına alınmıştır.

 …/…/… ..../…./….

……………………… ……………..………….

Aile Sağlığı Çalışanı Aile Hekimi

 İmza İmza

 …./…./…. …………………………

Gebeliği geç tespit edilen kişinin adı soyadı:

Adres bilgisi:

Telefon numarası:

 İmza

…../…../…

İSM/TSM BAŞKANI

 İmza