



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Halk Sağlığı  
Kurumu

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

29

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI - THSK AİLE HEKİMLİĞİ  
İZLEME VE DEĞERLENDİRME DAİRE  
BAŞKANLIĞI - THSK AİLE HEKİMLİĞİ İZLEME VE  
DEĞERLENDİRME DAİRE BAŞKANLIĞI EVRAK  
BİRİMİ  
29.05.2014 09:22 - 2014.5679.37694 / 622.02  
00003429199

Sayı : 19831278/  
Konu : Performans İtiraz Komisyonu Çalışma  
Usulü ve Esasları

..... VALİLİĞİNE  
(Halk Sağlığı Müdürlüğü)

Bilindiği üzere 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 13 üncü maddesinin ikinci fıkrasında “Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinden hangilerinin ne oranda performans değerlendirmesinde etkili olacağına dair usul ve esaslar Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte belirlenen hükümler çerçevesinde belirlenir.” hükmü yer almaktadır. 30/12/2010 tarihli ve 27801 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliğinin 18 inci maddesinin birinci fıkrasında “Koruyucu hekimlik hizmetlerinden; aşılama, gebe, bebek-çocuk takibi için ayrı ayrı, başarı oranına göre kesinti uygulanır...” hükmü ile ikinci fıkrasında ise “Aşılama, gebe, bebek-çocuk takiplerinin hangi aralıklarla ne şekilde yapılacağı ve kesintilerin usul ve esasları Bakanlıkça belirlenerek duyurulur...” hükmü yer almaktadır.

Bu kapsamda performans kesintilerine yönelik yapılacak olan itirazlar ile düzeltme ve geri ödemelerde aşağıdaki hususlar dikkate alınacaktır:

1) Her ilde Valilik onayı ile Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışan Personelin Performans İtirazlarını Değerlendirme Komisyonu oluşturulacaktır. Bu komisyonun görevi; aile hekimlerinin ve aile sağlığı elemanlarının mezkur performans kesintilerine yapacakları itirazları, yürürlükteki mevzuat doğrultusunda değerlendirip karar almaktır.

2) Komisyon, illerde aşağıda belirtilen üyelerden oluşacaktır.

a) **Başkan;** Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şubesinden bu şubenin bulunmadığı illerde ise Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesinden sorumlu Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı olacaktır.

b) **Üyeler;**

**İl grubu il için;**

1. Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürü
2. Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü
3. Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürü
4. Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü
5. Aşı Programları Şube Müdürü
6. İdari İşler Şube Müdürü



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Halk Sağlığı  
Kurumu

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 19831278/  
Konu : Performans İtiraz Komisyonu Çalışma  
Usulü ve Esasları

**İ2-İ5 grubu arası iller için;**

1. Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürü
2. Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü
3. Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürü
4. Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü
5. Bulaşıcı Hastalık Kontrol Programları Şube Müdürü varsa İl Aşı Sorumlusu
6. İdari ve Mali İşler Şube Müdürü

**İ6 grubu iller için;**

1. Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürü
2. Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü
3. Aile Hekimliği Uygulama Şube Müdürü
4. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Şube Müdürü
5. Bulaşıcı Hastalık Kontrol Programları Şube Müdürü
6. Destek Hizmetleri Şube Müdürü

**İ7 grubu iller için;**

1. Aile Hekimliği Şube Müdürü
2. Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü
3. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Şube Müdürü
4. Bulaşıcı Hastalık Kontrol Programları Şube Müdürü
5. Destek Hizmetleri Şube Müdürü

**İ8-İ9 grubu iller için;**

1. Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü
2. Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Programlar ve Kanser Şube Müdürü
3. Bulaşıcı Hastalık Çevre ve Çalışan Sağlığı Şube Müdürü
4. Destek Hizmetleri Şube Müdürü

c) Komisyon Başkanının görevli, izinli veya raporlu olduğu durumlarda yerine bakan Halk Sağlığı Müdür Yardımcısı komisyon başkanı olacak Müdür Yardımcısı yoksa Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şube Müdürü/Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şube Müdürü komisyona başkanlık edecektir. Komisyon üyelerinin görevli, izinli veya raporlu olması durumunda komisyona vekilleri katılacaktır.

3) Komisyonla ilgili sekretarya işlemleri Aile Hekimliği İzleme ve Değerlendirme Şubesi bu şubenin bulunmadığı illerde Aile Hekimliği ve Toplum Sağlığı Hizmetleri Şubesi tarafından yürütülecektir.

4) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları Karar Destek Sisteminde ilgili ay için tespit edilen performans verilerinin Bakanlıkça sabitlenmesini takip eden ilk iş günü içinde itiraz dilekçelerini ve eklerini bağlı olduğu Toplum Sağlığı Merkezine elden ulaştırılacaktır.



T.C. Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Halk Sağlığı  
Kurumu

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 19831278/  
Konu : Performans İtiraz Komisyonu Çalışma  
Usulü ve Esasları

5) Aile Hekimleri tarafından gönderilen itiraz dilekçeleri ekleri ile birlikte toplum sağlığı merkezleri (TSM) tarafından incelenerek eksik belgeler tamamlandıktan sonra TSM görüşü ve detaylı raporlar da eklenerek iki iş günü içinde Halk Sağlığı Müdürlüğüne elden ulaştırılacaktır.

6) İtirazlar komisyon tarafından incelenerek 2 (iki) iş günü içerisinde karara bağlanacaktır.

7) İtirazlarla ilgili komisyon kararı, ilgili şubelere ve birimlere itirazların sonuçlandığı günün ertesi iş günü iletilecektir. Komisyon kararları aile hekimleri/aile sağlığı elemanlarının ödemeleri ile ilgili birim tarafından aynen uygulanacaktır.

8) Herhangi bir nedenle, belirlenen tarihten sonra yapılan itiraz başvuruları bir sonraki komisyon toplantısına sunulmak üzere değerlendirilecektir.

9) İtiraz başvurusu için en geç süre kesintinin maaşa yansımından sonraki 60 (altmış) gündür.

10) Olağandışı durumlarda toplantı günü ve saati değişiklik gösterebilir.

11) Toplantı kararları üye sayısının salt çoğunluğunun uygun görüşü ile alınacaktır.

12) Aile hekimleri ve aile sağlığı elemanları tarafından, itiraz formunda istenen belgeler eksiksiz olarak gönderilecek, eksik belgesi olan müracaatlar belgeler tamamlanuncaya kadar değerlendirmeye alınmayacaktır.

13) Komisyonunda alınan kararlar Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün resmi internet sayfasında ilan edilecek, aile hekimlerine, aile sağlığı elemanlarına ve ilgililerine ilan tarihinde tebliğ edilmiş sayılacaktır.

14) Komisyon başkanı tarafından gerekli görüldüğü hallerde, komisyona asil üyeler dışında görüş ve önerilerine başvurulmak üzere teknik katılımcı davet edilebilecektir. Teknik katılımcının oy yetkisi bulunmamakla birlikte komisyona katıldığına dair tutanağı imzalar.

15) Komisyonunda alınan kararlar komisyon üyeleri tarafından imza altına alınacak ve dosyada saklanacaktır.

16) Komisyon kararları karar tarihinden itibaren en geç 15(on beş) gün içerisinde elektronik ortamda Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bildirilecektir.

17) İtiraz dilekçeleri/formları ve ekleri sadece performans itirazları için komisyonunda değerlendirilecek olup farklı bir işlem için kullanılamayacaktır.

18) Komisyon kararına itiraz, ancak ek bilgi ve belge olması durumunda ve bir sonraki toplantıya kadar aynı komisyona yapılacak olup komisyon tarafından tekrar değerlendirilerek karara bağlanacaktır.

19) Halk Sağlığı Müdürlüğü, bu talimatın uygulanmasını sağlamak üzere alt düzenlemeler yapmaya yetkilidir. Bu düzenlemeler, Halk Sağlığı Müdürlüğü resmi internet sayfasında (www.xxx.gov.tr) ilan edilir; aile hekimlerine, aile sağlığı elemanlarına ve ilgililerine ilan tarihinde tebliğ edilmiş sayılır.




T.C. Sağlık Bakanlığı  
Türkiye Halk Sağlığı  
Kurumu

T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı : 19831278/  
Konu : Performans İtiraz Komisyonu Çalışma  
Usulü ve Esasları

20) Halk Sağlığı Müdürlüğünün gerekli görmesi halinde sağlık ile ilgili sivil toplum kuruluşları temsilcisi gözlemci sıfatıyla Aile Hekimliği Uygulamasında Çalışan Personelin Performans İtirazlarını Değerlendirme Komisyonu toplantılarına davet edilebilir.

Bilgilerini ve gereğini rica ederim.




  
Prof. Dr. Seçil ÖZKAN  
Bakan a.  
Kurum Başkanı

EKLER :



- EK-1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans Değerlendirmesi İtiraz Nedenleri ve Sunulması Gereken Evraklar  
EK-2. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu  
EK-3. Göç Tespit Tutanağı  
EK-4. Doğum Beyan Tutanağı  
EK-5. Tıbbi Beyan Tutanağı  
EK-6. İzlem/Aşı Tutanağı  
EK-7. İzlem/Aşı Durumu Bilgilendirme Onam Formu  
EK-9. Gebe Geç Tespit Beyan Tutanağı  
EK-10. TSM Yerinde Tespit Tutanağı

DAĞITIM:

81 İl Valiliğine (Halk Sağlığı Müdürlüğü)

22/05/2014 Doktor : E.AĞIRBAŞ   
22/05/2014 Daire Başkanı : T. KIZILBOĞA   
22/05/2014 Kurum Bşk. Yrd : Dr. A. YÜCEL 

Koordinasyon:

.../.../2014 Daire Başkanı : Dr. A.KUCUR   
.../.../2014 Hukuk Müşaviri : H. ŞEN 

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI  
PERFORMANS DEĞERLENDİRMESİ İTİRAZ NEDENLERİ  
VE SUNULMASI GEREKEN EVRAKLAR**

Aile hekimliği uygulamasında çalışan personele yapılacak olan ödemelere itirazları değerlendirme komisyonu tarafından, aile hekimlerinin ilgili ay için performans kesintisine yapmış oldukları itiraz nedenleri ile sunulan evraklar incelenecek, karara bağlanacak ve uygun görülen itirazlara ait düzeltilecek performans kesintisi maaşa esas teşkil etmek üzere ilgili birime bildirilecektir.

Performans itirazlarının zamanında değerlendirilmesi, maaş ödemelerinde gecikme yaşanmaması için; aile hekimliği birimi (AH/ASE) personeli tarafından **itiraz belgelerinin doğru, tam ve okunaklı şekilde** (mümkünse bilgisayar ortamında) doldurularak gönderilmesi aşağıda belirtilen hususlara özen gösterilmesi gerekmektedir.

Aile hekimi biriminde, **aile hekimi mevcut (sözleşmeli /görevlendirmeli)** ise performans itiraz formu aile hekimi tarafından doldurulacak, ayrıca aile sağlığı elemanı performans itiraz formu **doldurmaz**. Sözleşmeli aile hekimi olmayan pozisyonlar ya da aile hekiminin izinli/raporlu olması durumunda aile sağlığı elemanları performans itirazında bulunabilir.

**1) İkametgâh değişikliği (il içi/dışı/yurt dışı) nedeni ile koruyucu sağlık hizmeti verilemediğinde;**

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Varsa aileye ait muhtar onaylı, itiraz edilen **performans aralığında belirtilen adreste olmadığına dair belge** (taşınma belgesi) veya TÜİK-ADNKS çıktısı yoksa ailenin taşındığına dair tutulan **TSM onaylı** "Göç Tespit Tutanağı" (Ek-3)
3. Konu ile ilgili açıklayıcı bilgi içeren tutanak
4. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

NOT: Yurt dışı ikametgâh değişikliğinde, komisyon gerekli görürse İl Emniyet Müdürlüğünden alınacak yurtdışı çıkış evrağı istenebilir.

**2) Gerçek doğum tarihi ile nüfusa kayıt edildiği tarihin farklı olması (gerçek doğum tarihinden önce veya geç kayıt edilmesi) durumunda;**

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Varsa bebeğe ait doğum belgesi, nüfus cüzdan fotokopisi, yoksa ailenin bebek ile ilgili doğum beyanını belirttiği "Doğum Beyan Tutanağı"(Ek-4)
3. Aşı veya izlemin gerçek doğum gününe göre yapıldığını gösterir belge (aşı kartı fotokopisi, bebek izlem kartı veya AHBS çıktısı)
4. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

**3) Tıbbi nedenlerle aşının / izlemin yapılamaması durumunda;**

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Konu ile ilgili itiraz edilen **performans aralığına ait uzman görüşü veya epikriz**, yoksa ailenin veya kişinin beyanını belirttiği "Tıbbi Beyan Tutanağı" (Ek-5)
3. Kişi yataklı tedavi kurumunda yatarak tedavi görüyor ise varsa hastanede yatığına dair belge yoksa kişinin/ailenin durumu belirtir tutanak

4. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası.

**4) Belirtilen performans aralığı dışında aşı / izlemin yapılması durumunda;**

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Aşının, bebek-gebe izleminin yapıldığını (tarihi ile birlikte) gösterir TSM hekimi tarafından imzalı belge (aşı kartı, bebek kartı)
3. Neden performans aralığı dışında aşı veya izlemin yapıldığını açıklayan, gerekiyorsa ailenin veya kişinin konu ile ilgili beyanına dair "Tıbbi Beyan Tutanağı" (Ek-5)
4. Kişiyeye/aile aşıyız/izlemi kabul etmediğine dair tutanak imzalamıyor ise "Aileye/kişiyeye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir." notu eklenerek AH ve ASE tarafından imzalanan ve **TSM tarafından onaylanan** tutanak
5. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

**5) Ailenin veya kişinin aşı / izlemi başka bir sağlık kurumu/kuruluşunda yaptırmaması durumunda;**

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Ailenin ya da kişinin aşı/izlemi başka bir sağlık kurumu/kuruluşunda yaptırdığını belirttiği "İzlem/Aşı Tutanağı" (Ek-6)
3. Aşı/izlemin yapıldığını (tarihi ile birlikte) gösterir belge veya TSM hekimi tarafından onaylanmış aşı kartı, bebek kartı

**6) Ailenin veya kişinin aşı / izlem yaptırmaması durumunda;**

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Ailenin ya da kişinin izlemi veya aşıyız kabul etmediğini belirttiği "İzlem/Aşı Durumu Bilgilendirme Onam Formu" (Ek-7)
3. Eğer aile ya da kişi tarafından imzalanmıyorsa "Aileye veya kişiyeye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir" notu eklenerek AH ve ASE tarafından imzalanan ve TSM tarafından onaylanan tutanak
4. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

**7) Ölüm nedeni ile aşı ve/veya izlemin yapılamaması durumunda;**

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. ÖBS (Ölüm Bildirim Sistemi) çıktısı yoksa ailenin beyanına dair "Vefat Beyan Tutanağı" (Ek-8)
3. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

**8) Gebeliğin geç tespit edilmesi durumunda;**

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. Gebeliğin geç tespit edilme nedenini belirten "Gebe Geç Tespit Beyan Tutanağı"(Ek-9)
3. 15-49 yaş kadın izlem AHBS çıktısı
4. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

9) Yukarıda belirtilen nedenler dışında itiraz edilmesi durumunda;

1. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu (Ek-2)
2. İtiraz konusuna esas teşkil eden belgeler (tutanak, dilekçe varsa izlem kartı veya AHBS çıktısı)
3. Kişiyeye/Aileye veya konu hakkında bilgi alınabilecek bir yakınına ait ulaşılabilir telefon numarası

10. Aile hekimi daha önce aynı kişi için itiraz etmiş olsa bile (değerlendirilen ay için bu kişiye ait eksik izlem veya aşımın olması halinde) her ay için **ayrı ayrı** itiraz edilecektir.

11. Komisyon gerektiğinde yukarıda belirtilmeyen ancak verilecek karara esas teşkil edebilecek bilgi, belge ve doküman isteyebilir.

12. Aile sağlığı elemanı performans itirazını tek başına yapacaksa, yani çalıştığı birimde aile hekimi yok, izinli veya raporlu ise, itiraz başvurusu halinde istenen gerekli evraklardan sistem çıktıları olanlardan (AHBS çıktılarından) muaf olur.

.....HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE  
.....Toplum Sağlığı Merkezi

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI PERFORMANS İTİRAZ FORMU\***

1. Performans kesintisinin ait olduğu ay/yıl:
2. İtiraz edilen konu (Lütfen ilgili seçeneği işaretleyiniz)

Gebe izlemi  Bebek izlemi  Çocuk izlemi  Bağışıklama Hizmetleri  Diğer

**PERFORMANS KESİNTİSİNE ESAS TEŞKİL EDEN KİŞİNİN**

3. T.C. Kimlik No :
4. Adı Soyadı :
5. Aile Hekimine Kesin Kayıt Tarihi :
6. İletişim Bilgisi (Kendisinin/Yakınının Telefon No'su) :
7. Anne T.C. Kimlik No (Bebek-Çocuk-Bağışıklama Hizmetleri İtirazlarında Yazılacak):
8. Doğum Tarihi (Bebek-Çocuk-Bağışıklama Hizmetleri İtirazlarında Yazılacak) :
9. Son Adet Tarihi( Gebe İzlemi İtirazlarında Yazılacak):

**İtiraz Nedeni Konusunda Açıklama:**

.....  
.....  
.....  
.....

Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili mevzuat çerçevesinde yapılan performans itiraz değerlendirilmesinde, eksik/hatalı olduğunu tespit ettiğim performans standartlarına dair belgeler ekte sunulmuş olup konunun tarafınızdan değerlendirilerek itirazımın sonuçlandırılması hususunda gereğini arz ederim. ..../..../20....

- 10.Aile Hekimliği Birim No\*\* :
- 11.Adı Soyadı :
- 12.T.C. Kimlik No :

AH /ASE İmza- Kaşe

Ek: (.....sayfa)

**TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİMİ GÖRÜŞÜ :.....**

.....  
.....  
.....  
...../.../201...

UYGUN  UYGUN DEĞİL  GEREKSİZ BAŞVURU\*\*\*

TSM Sorumlu Hekimi Adı Soyadı –İmza

\*Aile hekimliği biriminde aile hekimi mevcut ise performans itiraz formu aile hekimi tarafından doldurulacak, ayrıca aile sağlığı elemanı tarafından performans itiraz formu doldurulmayacaktır. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu, performans kesintisine esas teşkil eden her kişi ve konu için ayrı ayrı doldurulacaktır.

\*\* İtiraza konu olan AHB'nin no'su yazılacaktır.

\*\*\* İlgili ay için hesaplanan ve Sağlık Bakanlığı tarafından Karar Destek Sistemi'nde yayınlanan verilerde herhangi bir performans kesintisi olmadığı halde yapılan itiraz başvuruları " Gereksiz Başvuru " olarak kabul edilecektir.

-Performansa konu olan kişinin TC. Kimlik Numarası MERNİS'ten sorgulanmalıdır.

-Performans itirazları Karar Destek Sistemi (KDS) esas alınarak yapılmalıdır.



### GÖÇ TESPİT TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan ..... T. C. kimlik numaralı ..... isimli bebek-çocuk/gebenin ikamet etmiş olduğu adresten taşındığı tarafımızca tespit edilmiştir.

Kişi/Aile ADNKS kaydını yeni taşınmış olduğu yerleşim yerine aldırmadığı için muhtarlıktan yokluk belgesi alınamamıştır.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	: .....	Aile Hekimi	: .....
Aile Hekimliği Birimi	: .....	Aile Hekimliği Birimi	: .....
Tarih	: .... / .... / 201....	Tarih	: .... / .... / 201....
İmza		İmza	

Kişinin Komşusu/Yakını	: .....	TSM Sorumlu Hekimi/Vekili/Doktor	: .....
Telefon Numarası	: .....	Tarih	: .... / .... / 201....
Adres	: .....	İmza	
Tarih	: .... / .... / 201....		
İmza			

Not: Bu tutanak TSM tarafından onaylanmış olacaktır.

## DOĞUM BEYAN TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde ..... doğum tarihli olarak kaydı bulunan .....T.C. kimlik numaralı ..... isimli çocuğumun ..... tarihinde doğduğunu beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	: .....	Aile Hekimi	: .....
Aile Hekimliği Birimi	: .....	Aile Hekimliği Birimi	: .....
Tarih	: .../.../201....	Tarih	: .../.../201....
İmza		İmza	

Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : .../.../201....

İmza :

## TIBBİ NEDEN BEYAN TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan .....  
T.C. kimlik numaralı .....  
isimli çocuğumun/kendimin .....  
şeklindeki tıbbi durumu nedeniyle **aşı-izlem yapılamadığını/belirtilen performans aralığında yapılmadığını** beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	: .....	Aile Hekimi	: .....
Aile Hekimliği Birimi	: .....	Aile Hekimliği Birimi	: .....
Tarih	: .... / .... / 201....	Tarih	: .... / .... / 201....
İmza		İmza	

Kişinin Kendisi veya Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi:

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : .... / .... / 201....

İmza :

Ek-6

## İZLEM/AŞI TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan .....

T.C. kimlik numaralı ..... isimli çocuğumun/kendimin  
izlemi/aşısını..... nedeniyle  
..... tarihinde .....  
isimli sağlık kurumunda yaptırdığımı beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	: .....	Aile Hekimi	: .....
Aile Hekimliği Birimi	: .....	Aile Hekimliği Birimi	: .....
Tarih	: .... / .... / 201....	Tarih	: .... / .... / 201....
İmza		İmza	

Kişinin Kendisi veya Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi:

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : .... / .... / 201....

İmza :

## İZLEM/AŞI DURUMU BİLGİLENDİRME ONAM FORMU

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan .....T.C. kimlik numaralı ..... isimli çocuğumun/kendimin aşısının/izleminin aile hekimi/aile sağlığı elemanı tarafından yapılmasını kabul etmediğimi beyan ederim. Gerek başvurum sırasında ve sonrasında, gerek bu formu doldururken sağlık ile ilgili her konuda soru sorma, değerlendirme ve karar verme fırsatı tarafıma verilmiş, sağlık personeli tarafından oluşabilecek hastalıklar, risk ve tehlikeler konusunda gerekli danışmanlık hizmeti verilmiştir. Bu hastalıklar hakkında, bilgilendirildiğim ve aydınlatıldığım halde kendi özgür irademle çocuğumun/kendimin aşısının/izleminin yapılmasına **İZİN VERMİYORUM** ve bu formu imzalıyorum.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Hekimi	: .....	Kişinin Kendisi/ Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi	: .....
Aile Hekimliği Birimi	: .....	Adres	: .....
Tarih	: .... / .... / 201....	Telefon	: .....
İmza		Tarih	: .... / .... / 201....
		İmza	

TSM Sorumlu Hekimi/  
Vekili/Doktor : .....

Tarih : .... / .... / 201....

İmza

**Not:** Aileye veya kişiye ulaşılmış olup imzadan imtina etmiştir.

Ek-8

## VEFAT BEYAN TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan ..... T. C. kimlik numaralı ..... isimli kişinin ..... tarihinde ..... nedenle vefat ettiğini beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	: .....	Aile Hekimi	: .....
Aile Hekimliği Birimi	: .....	Aile Hekimliği Birimi	: .....
Tarih	: .../.../201....	Tarih	: .../.../201....
İmza		İmza	

Kişinin Yakını/Çocuğun Annesi / Babası / Vasisi :

Telefon Numarası :

Adres

Tarih .../.../201....

İmza :

Ek-9

## GEBE GEÇ TESPİT BEYAN TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan  
.....T.C. kimlik numaralı .....  
..... isimli kişinin/gebenin .....  
.....  
nedenlerden dolayı gebeliğinin geç tespit edilebildiğini beyan ederim.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

Aile Sağlığı Elemanı	: .....	Aile Hekimi	: .....
Aile Hekimliği Birimi	: .....	Aile Hekimliği Birimi	: .....
Tarih	: .../.../201....	Tarih	: .../.../201....
İmza		İmza	

Gebeliği Geç Tespit Edilen Kişinin Adı Soyadı :

Telefon Numarası :

Adres :

Tarih : .../.../201....

İmza :

Ek-10

## TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ YERİNDE TESPİT TUTANAĞI

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi'nde kesin kayıtlı olan  
..... T.C. kimlik numaralı .....  
isimli bebek-çocuk/gebe/kişi(lerin) ikamet etmiş olduğu adres olan  
.....  
.....'a gidilmiş, bebek-çocuk/gebe/kişi/kişiler belirtilen adreste  
bulunmuştur/bulunamamıştır. Bu adresten taşındıkları/taşınmadıkları tarafımızca tespit  
edilmiştir.

Bu tutanak aşağıda ismi yazılı kişilerce imza altına alınmıştır.

TSM Adı: .....

TSM Çalışanı : .....

TSM Sorumlu Hekimi/  
Vekili/Doktor : .....

Tarih : .... / .... / 201....

Tarih : .... / .... / 201....

İmza

İmza