**FORM – 1**

**ORDU İLİ**

**ÜNYE TEKKİRAZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ**

**ÖĞRENCİ MUAYENE/İZLEM BİLDİRİM FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| ÖĞRENCİNİN |  |
| Adı ve Soyadı | : Berra ARSLAN |
| T.C. Kimlik Numarası | : 26921390686 |
| Baba Adı | : Mehmet |
| Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) | : 29/06/2009 |
| Cinsiyeti (Kız/Erkek) | : Kız |
| Telefon | : 5462279548 |
| Adres | : Fatih Mahallesi Kumru Caddesi No:31 Ünye |
| 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:**

**Öğrencide gözlemlenen bir sağlık sorunu yoktur.**

Dr. Adı-Soyadı

İmza