**Ek-5**

**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 :