**FORM – 1**

**ORDU İLİ**

 **ÜNYE TEKKİRAZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ**

 **ÖĞRENCİ MUAYENE/İZLEM BİLDİRİM FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| ÖĞRENCİNİN |  |
| Adı ve Soyadı | : Ali Can YÜRÜK |
| T.C. Kimlik Numarası | : 16259745852  |
| Baba Adı | : Ramazan |
| Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) | : 31/01/2009  |
| Cinsiyeti (Kız/Erkek) | : Erkek |
| Telefon | : 5417194010 |
| Adres | : Fatih Mahallesi Çayırlı Caddesi No:59 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 belirgin bir sağlık sorunu olmamakla birlikte, normalden sık sayılabilecek düzeyde **idrara çıkma** durumu mevcuttur.

 Dr. Adı-Soyadı

 İmza