**FORM – 1**

**ORDU İLİ**

 **ÜNYE TEKKİRAZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ**

 **ÖĞRENCİ MUAYENE/İZLEM BİLDİRİM FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| ÖĞRENCİNİN |  |
| Adı ve Soyadı | : Penbenur ALTUN |
| T.C. Kimlik Numarası | : 62167215796  |
| Baba Adı | : Orhan |
| Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) | : 18/04/2009  |
| Cinsiyeti (Kız/Erkek) | : Kız |
| Telefon | : 5416427151  |
| Adres | : Fatih Mahallesi Kayalı Sokak No:35 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:**

**Öğrencinin kilosu akranlarının gerisindedir. Koşma ve hızlı hareket etmekte zorlanmaktadır**.

 Dr. Adı-Soyadı

 İmza