**FORM – 1**

**ORDU İLİ**

**ÜNYE TEKKİRAZ AİLE SAĞLIĞI MERKEZİ**

**ÖĞRENCİ MUAYENE/İZLEM BİLDİRİM FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| ÖĞRENCİNİN |  |
| Adı ve Soyadı | : Sude Havanur GAYIR |
| T.C. Kimlik Numarası | : 24932456926 |
| Baba Adı | : Salih |
| Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) | : 15/07/2009 |
| Cinsiyeti (Kız/Erkek) | : Kız |
| Telefon | : 5462385471 |
| Adres | : Fatih Mahallesi Gayır Sk.No 1 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 belirgin bir sağlık sorunu olmamakla birlikte göz tembelliği ve görme bozukluğu vardır. Güçlendirme amaçlı kapama uygulaması yapılmaktadır. Gözlük kullanır

Dr. Adı-Soyadı

İmza