|  |  |
| --- | --- |
| **KİMLİK BİLGİLERİ** | **İLETİŞİM BİLGİLERİ** |
| **Hastanın Adı-Soyadı:****Doğum Tarihi:****T.C. Kimlik No:****Medeni Durum:****Sosyal Güvence Durumu:** | **Baba Adı:** **Anne Adı:****Cinsiyeti:****Meslek:****Eğitim Durumu:** | **Ev Telefon:****GSM:****E-mail:****Adres:………………………………………………………****…………………………………………………………………****…………………………………………………………………****……………………………………………………………....** |
| **Hastanın Yetki Verdiği kişiler/bakım ve takibini yapan kişi kendisi, eşi, çocuğu, diğer):** |
| **Hastalık Hakkında Bilgi ( Tanı /Tedavi )**: |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar/ Tıbbi Cihaz/ Ortez/Protez:** |
| Yukarıda açık kimliği, adres ve hastalık bilgileri olan şahsın evde sağlık hizmetine ihtiyacı vardır. Tarafınızdan değerlendirilmesi arz olunur. (ilk ziyarette başvuru yapan kişi tarafından aşağıdaki bölüm imzalatılır.)  **Tarih:…./……/………** **Adı Soyadı:** **İmza:**  **Müracatı Yapanın Yakınlık Derecesi:** **Açık Adresi:**  |
| **DEĞERLENDİRME SONUCU-KARAR**  **Değerlendiren Hekim** **( imza-kaşe)** |