



T.C.  
TURGUTLU KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü

Sayı : 98234785-136-E.19146723  
Konu : Okul Sağlığı Denetimi Periyodik  
İzlem Muayene Formu

07.10.2019

..... MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : İlçe Sağlık Müdürlüğünün 25.07.2019 tarihli ve 234.02 sayılı yazısı.

İlçemiz okullarında yapılacak Okul Sağlığı Denetimi kapsamında istenen **yıllık periyodik muayene takip formu ile birlikte** öğrencilerimizin aile hekimlerine başvurmaları hususunda;  
Gereğini önemle rica ederim.

Necmettin POLAT  
Müdür a.  
Şube Müdürü

Eki:İlgi yazı ve ekleri (2 sayfa)



T.C.  
TURGUTLU KAYMAKAMLIĞI  
İlçe Sağlık Müdürlüğü

MANİSA TURGUTLU İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ -  
MANİSA TURGUTLU İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ  
SAĞLIĞI ÇEVRE SAĞLIĞI BİRİMİ  
24/07/2019 16:52 - 65843523 - 234.02 - E.73



Sayı : 65843523/234.02  
Konu : Okul Sağlığı Denetimi Periyodik  
İzlem Muayene Formu

İLÇE MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ

İlçemizde Okul Sağlığı Denetimi kapsamında 2019-2020 Eğitim-Öğretim yılında yapılması planlanan denetimler için gerekli olan aile hekimleri tarafından yapılan yıllık periyodik muayene takibi formu yazımız ekinde sunulmuştur.

Öğrencilerimizin ekte sunulan form ile aile hekimlerine başvurmaları hususunu;

Bilgilerinize arz ederim.

Not: e-imzalıdır.  
Dr. Bilgehan HASYİĞİT  
İlçe Sağlık Müdürü

Ek: Öğrenci Muayene İzlem Formu

Cumhuriyet Mahallesi Karaca Sokak No:41/A Turgutlu

Telefon: Faks No:

e-Posta: m.esmerkas@saglik.gov.tr İnternet Adresi: Tel:0236 312 05 85

e-posta:M.Esmerkas@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 6995bb5a-3f45-4b51-83f9-50406ee54fc1 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Muhammet Fatih ESMERKAŞ

SAĞLIK MEMURU

Telefon No: 0236 312 05 85

.....İLİ  
..... AİLE HEKİMLİĞİ BİRİMİ

**ÖĞRENCİ MUAYENE/ İZLEM BİLDİRİM FORMU**

ÖĞRENCİNİN  
Adı ve Soyadı :  
T.C. Kimlik Numarası :  
Baba Adı :  
Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl) :  
Cinsiyeti (Kız/Erkek) :  
Telefon :  
Adres :  
Muayene Tarihi :  
Protokol No :

Yukarıda bilgileri bulunan öğrencinin **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:**

.....  
.....  
.....  
.....

Dr. Adı-Soyadı  
İmza