Ek-2

**…./…./…**

(Aile Hekimi/ Aile Sağlığı Çalışanı tarafından

formun doldurulduğu tarih yazılacaktır.)

**……………….HALK SAĞLIĞI HİZMETLERİ BAŞKANLIĞINA**

**………………İlçe Sağlık Müdürlüğü/ Toplum Sağlığı Merkezi**

**AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI PERFORMANS İTİRAZ FORMU\***

1. Performans kesintisinin ait olduğu ay/yıl:
2. İtiraz edilen konu (Lütfen ilgili seçeneği işaretleyiniz)

□ Gebe izlemi □ Çocuk izlemi □ Bebek izlemi □ Lohusa □ Bağışıklama Hizmetleri □ Diğer

□ Hep-B, □ BCG, □ KPA, □ DaBT-İPA-Hib-Hep-B, □ OPA, □ Suçiçeği, □ KKK, □ Hep-A, □ DaBT-İPA, □ Td

**PERFORMANS KESİNTİSİNE ESAS TEŞKİL EDEN KİŞİNİN**

1. T.C. Kimlik No:
2. Adı Soyadı:
3. Aile Hekimine Kesin Kayıt Tarihi:
4. İletişim Bilgisi (Kendisinin/Yakınının Telefon No’su):
5. Anne T.C. Kimlik No:

(Bebek-Çocuk-Bağışıklama Hizmetleri İtirazlarında Yazılacak)

1. Doğum Tarihi:

(Bebek-Çocuk-Bağışıklama Hizmetleri İtirazlarında Yazılacak):

1. Son Adet Tarihi (Gebe İzlemi İtirazlarında Yazılacak):
2. Gebenin doğum yaptığı tarih (Lohusa İzlemi İtirazlarında Yazılacak):

**İtiraz Nedeni Konusunda Açıklama:**

**………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

Aile Hekimliği Uygulaması ile ilgili mevzuat çerçevesinde yapılan performans itiraz değerlendirmesinde, eksik/hatalı olduğunu tespit ettiğim performans standartlarına dair belgeler ekte sunulmuş olup konunun tarafınızdan değerlendirilerek itirazımın sonuçlandırılması hususunda gereğini arz ederim.

11.Aile Hekimliği Birim No:

12.Adı Soyadı:

13.T.C. Kimlik No:

AH /ASÇ İmza- Kaşe

Ek: (........sayfa)

**İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ/TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİ BAŞKANI GÖRÜŞÜ:**

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………

□ UYGUN □ UYGUN DEĞİL □GEREKSİZ BAŞVURU\*\*

…/…/….

(İSM/TSM başkanı tarafından onaylanan tarih yazılacaktır.)

İSM/TSM BAŞKANI

Adı Soyadı -İmza

\*Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu performans esas teşkil eden her kişi ve konu için ayrı ayrı oldurulacaktır.

\*\*İlgili ay için hesaplanan ve T.C. Sağlık Bakanlığı SİNA sisteminde yayınlanan verilerde herhangi bir performans kesintisi olmadığı halde yapılan

başvurular “Gereksiz Başvuru” olarak kabul edilecektir.

Performans konu olan kişinin T.C. Kimlik numarası MERNİS’ten sorgulanacaktır.