TOKAT İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

 Toplum Sağlığı Merkezi Başkanlığına/İlçe Sağlık Müdürlüğüne/Entegre İlçe Hastanesi Başhekimliğine

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI PERFORMANS İTİRAZ FORMU \*

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

 Gebe izlemi Bebek izlemi Çocuk izlemi Bağışıklama Hizmetleri Diğer

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):
6. Doğum Tarihi (Bebek-Çocuk-Bağışıklama Hizmetleri İtirazlarında Yazılacak) :
7. Son Adet Tarihi (Gebe 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. …./…./20….

1. Aile Hekimliği Birim No \*\* :
2. Adı Soyadı :
3. T.C. Kimlik No :

AH/ASÇ İmza-Kaşe

Ek: (….. sayfa)

TSM BAŞKANI/İLÇE SAĞLIK MÜD./ENTEGRE İLÇE HAST. BAHEKİMİ GÖRÜŞÜ:…………………...

………………………………………………………...……………………………………………………………….

………………………………………………………...……………………………………………………………….

………………………………………………………...……………………………………………………………….

…./…./20.…

 UYGUN UYGUN DEĞİL GEREKSİZ BAŞVURU \*\*\*

Başkan/Başhekim/Müdür Adı Soyadı-İmza

\* Aile hekimliği biriminde aile hekimi mevcut ise performans itiraz formu aile hekimi tarafından doldurulacak, ayrıca aile sağlığı çalışanı tarafından performans itiraz formu doldurulmayacaktır. Aile Hekimliği Uygulaması Performans İtiraz Formu, performans kesintisine esas teşkil eden her kişi ve konu için ayrı ayrı doldurulacaktır.

\*\* İtiraza konu olan AHB'nin no’su yazılacaktır.

\*\*\* İlgili ay için hesaplanan ve Sağlık Bakanlığı tarafından Karar Destek Sistemi’nde yayınlanan verilerde herhangi bir performans kesintisi olmadığı halde yapılan itiraz başvuruları " Gereksiz Başvuru " olarak kabul edilecektir.

- Performansa konu olan kişinin T.C. Kimlik Numarası MERNİS 'ten sorgulanmalıdır.

- Performans itirazları Karar Destek Sistemi (KDS) esas alınarak yapılmalıdır.