**AKDENİZ BÖLGE KOMUTANLIĞI İLKOKULU VELİ BİLGİLENDİRME FORMU**

Bu form, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları kapsamında gerçekleştirilen diş taraması hakkında öğrenci velilerine yönelik olarak hazırlanmış bilgilendirme formudur.

Diş hekiminin yapmış olduğu kontrol sonucunda; çocuğunuzda çürük//problemli diş olduğu görülmüştür. Tedavi için randevu alarak en yakın diş sağlığı merkezine gitmeniz, çocuğunuzun ağız ve diş sağlığı açısından hayati önem arz etmektedir.

***Yukarıdaki bilgileri eksiksiz olarak okudum ve anladım.***

***Velisi olduğum Akdeniz Bölge Komutanlığı İlkokulu ………..…… sınıfında eğitim gören oğlum/kızım ……………………………….…………’in dişlerinin tedavisini yaptıracağım ve okulunuzu konu ile ilgili bilgilendireceğim.***

*Bilgilendirmeyi yapanın; Velinin;*

*Adı ve Soyadı* : Kutlay SU *Adı ve Soyadı* :

*Tarih* : 21/12/2018 *Tarih* : …/…./20..

*İmza* : *İmza* :

**Aşağıdaki tabloda uygun seçenek işaretlenerek muayene tarih ve doktoru mutlaka yazılıp sınıf öğretmeninize 11.01.2019 tarihine kadar teslim ediniz.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sonuç** | **Tarihi** | **Doktor Adı Soyadı** |
| * **Muayene Yapılma** |  |  |
| * **Gerekli tedavi düzenlenerek önerilerde bulunuldu** | | |
| * **İleri tetkik ve tedavi için bir üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygun görüldü** | | |

**Not: Formu kaybetmeyiniz ve öğretmeninize teslim ediniz.**

**AKDENİZ BÖLGE KOMUTANLIĞI İLKOKULU VELİ BİLGİLENDİRME FORMU**

Bu form, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu tarafından koruyucu ağız ve diş sağlığı çalışmaları kapsamında gerçekleştirilen diş taraması hakkında öğrenci velilerine yönelik olarak hazırlanmış bilgilendirme formudur.

Diş hekiminin yapmış olduğu kontrol sonucunda; çocuğunuzda çürük//problemli diş olduğu görülmüştür. Tedavi için randevu alarak en yakın diş sağlığı merkezine gitmeniz, çocuğunuzun ağız ve diş sağlığı açısından hayati önem arz etmektedir.

***Yukarıdaki bilgileri eksiksiz olarak okudum ve anladım.***

***Velisi olduğum Akdeniz Bölge Komutanlığı İlkokulu ………..…… sınıfında eğitim gören oğlum/kızım ……………………………….…………’in dişlerinin tedavisini yaptıracağım ve okulunuzu konu ile ilgili bilgilendireceğim.***

*Bilgilendirmeyi yapanın; Velinin;*

*Adı ve Soyadı* : Kutlay SU *Adı ve Soyadı* :

*Tarih* : 21/12/2018 *Tarih* : …/…./20…

*İmza* : *İmza* :

**Aşağıdaki tabloda uygun seçenek işaretlenerek muayene tarih ve doktoru mutlaka yazılıp sınıf öğretmeninize 11.01.2019 tarihine kadar teslim ediniz.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sonuç** | **Tarihi** | **Doktor Adı Soyadı** |
| * **Muayene Yapılma** |  |  |
| * **Gerekli tedavi düzenlenerek önerilerde bulunuldu** | | |
| * **İleri tetkik ve tedavi için bir üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygun görüldü** | | |

**Not: Formu kaybetmeyiniz ve öğretmeninize teslim ediniz.**