**EVLİLİK ÖNCESİ SAĞLIK RAPORU BAŞVURU FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **KADIN****Adı Soyadı :…………………………….………….……..****TC Kimlik No/Pasaport no :…..………………..……****Uyruğu :……………..………………………………..****Baba Adı :……………………….………….…………..****Doğum Tarihi :………………….……………….…………..****Öğrenim Durumu :** Okur yazar değilOkur yazarİlk-orta Lise Yüksekokul/Üniversite**Müstakbel Eşle Akrabalık :VarYok** Amca/hala oğlu Teyze/dayı oğluBaba tarafı diğerAnne tarafı diğer**Adresi :………………………………………….…….………..****Telefon Ev :……..……..………… İş :………….………….…..****Cep Telefonu :……………….…………………….………..**Herhangi bir özel durumda size en kısa zamanda ulaşmak vesizi bilgilendirmek için adres ve telefon bilgilerinin eksiksiz olarak yazılması büyük önem taşımaktadır.**Risk Değerlendirmesi Sonrasında\***Bulaşıcı hastalık (Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS vb) şüphesi olduğunda, tanı koymaya yönelik tetkikleri yaptırmayı**Kabul ediyorum Kabul etmiyorum** Laboratuvar tetkik sonuçlarımın ve hastalık durumumun müstakbel eşime bildirilmesini**Kabul ediyorum Kabul etmiyorum** **\***Sağlık Personeli ile birlikte doldurulur.Evlilik öncesinde sağlık riskleri konusunda bilgilenmek,sağlık muayenemi yaptırmak ve danışmanlık hizmetini takibenevlilik öncesi sağlık raporumu almak istiyorum.Tarih / İmzaVeli / Vasi İmzası (17 yaşını tamamlamış, 18 yaşını henüz doldurmamış kişiler için) | **ERKEK****Adı Soyadı :………………………………………..****TC Kimlik No/Pasaport no:………..…………..………..****Uyruğu :…………………….………………………………****Baba Adı :…………………………………………….………****Doğum Tarihi :………………………………………….…………****Öğrenim Durumu :** Okur yazar değilOkur yazarİlk-orta Lise Yüksekokul/Üniversite**Müstakbel Eşle Akrabalık :VarYok** Amca/hala kızı Teyze/dayı kızıBaba tarafı diğerAnne tarafı diğer**Adresi :……………………………………………………..****Telefon Ev :…………….………… İş :……………..….…..****Cep Telefonu :…………………………………….…………..**Herhangi bir özel durumda size en kısa zamanda ulaşmak ve sizi bilgilendirmek için adres ve telefon bilgilerinin eksiksiz olarak yazılması büyük önem taşımaktadır.**Risk Değerlendirmesi Sonrasında\***Bulaşıcı hastalık (Hepatit B, Hepatit C, HIV/AIDS vb.)şüphesi olduğunda, tanı koymaya yönelik tetkikleri yaptırmayı**Kabul ediyorum Kabul etmiyorum** Laboratuvar tetkik sonuçlarımın ve hastalık durumumun müstakbel eşime bildirilmesini**Kabul ediyorum Kabul etmiyorum** **\***Sağlık Personeli ile birlikte doldurulur.Evlilik öncesinde sağlık riskleri konusunda bilgilenmek,sağlık muayenemi yaptırmak ve danışmanlık hizmetini takibenevlilik öncesi sağlık raporumu almak istiyorum.Tarih / İmzaVeli / Vasi İmzası (17 yaşını tamamlamış, 18 yaşını henüz doldurmamış kişiler için) |