**EVLİLİK ÖNCESİ SAĞLIK RAPORU BAŞVURU FORMU**

|  |  |
| --- | --- |
| **KADIN**  **Adı Soyadı :…………………………….………….……..**  **TC Kimlik No/Pasaport no :…..………………..……**  **Uyruğu :……………..………………………………..**  **Baba Adı :……………………….………….…………..**  **Doğum Tarihi :………………….……………….…………..**  **Öğrenim Durumu :** Okur yazar değil  Okur yazar  İlk-orta  Lise  Yüksekokul/Üniversite  **Müstakbel Eşle Akrabalık : Var Yok**  Amca/hala oğlu  Teyze/dayı oğlu  Baba tarafı diğer  Anne 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 takiben  evlilik öncesi sağlık raporumu almak istiyorum.  Tarih / İmza  Veli / 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 değil  Okur yazar  İlk-orta  Lise  Yüksekokul/Üniversite  **Müstakbel Eşle Akrabalık : Var Yok**  Amca/hala kızı  Teyze/dayı kızı  Baba tarafı diğer  Anne 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 takiben  evlilik öncesi sağlık raporumu almak istiyorum.  Tarih / İmza  Veli / Vasi İmzası  (17 yaşını tamamlamış, 18 yaşını henüz doldurmamış kişiler için) |