

**KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**  
**AİLE HEKİMLERİNE YÖNELİK GEZİCİ SAĞLIK HİZMETİ İÇİN**  
**SAHA DENETİM TUTANAĞI**

..... İlçesi ..... Aile Sağlığı Merkezi.. . .... nolu  
Aile Hekimliği Biriminde görevli Aile Hekimi Dr. .... Gezici  
Sağlık Hizmeti planında yer alan ..... köyüne, ..... ayı  
..... günü / günlerinde Gezici Sağlık Hizmeti (GSH) vermek amacıyla köy ve mahallelerine;

*Gelmiştir*  / *Gelmemiştir*  ... / ... / 201

**DENETİM EKİBİ**

Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Ünvanı		Ünvanı	
İmzası		İmzası	

**GÖRÜŞME YAPILAN KİŞİLER**

Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Telefon		Telefon	
İmzası		İmzası	

**DENETİM İLE İLGİLİ TESPİTLER**

.....
.....
.....
.....