



ALAYK Y BELEDİYESİ
YAKINLARINA ÖZEL HİZMET BİRLİĞİ
BAŞVURU FORMU

Tarih:...../...../.....

No:.....

ADI	:
SOYADI	:
CİNSİYETİ	:
TELEFONU	:
ADRESİ	:
MEDENİ DURUMU:	
DOĞUM TARİHİ	:
ULASILACAK EN YAKIN AKRABALAR:	

YALNIZ YA İYOR EĞER LE YA İYOR KIZI/OLU/TORUNU LE YA İYOR

EKONOMİK DURUMU:

HİÇ GELİR YOK: GELİRİNİZ:

	EVET	HAYIR
YATILAK MI?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
UNUTKANLI MI VARMİ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KEND BA INA:

EVET

HAYIR

YÜRÜYEB L YORMU?

YIKANAB L YORMU?

YEMEK Y YEB L YORMU?

YEMEK YAPAB L YORMU?

EV YAPAB L YORMU?

KOM ULARINI Z YARET ED YORMU?

ALI VER YAPAB L YORMU?

HASTALIK DURUMU:

GEÇ RD AMEL YATLAR:

.....

TANS YONU VARMI?

EKER VARMI?

KALP HASTALI I VARMI?

KOLESTROLÜ VARMI?

ÇOCUKLARINIZ VEYA YAKINLARINIZ SAĞLIK NE SIKLIKLA
ZİYARET EDER?

HERGÜN

HAFTADA BİR

AYDA BİR

ÖZEL GÜNLERDE

Alınan Sağlık Hizmetleri:

Kuaför-Berber

Diş Hekimi Kontrol

Tansiyon Ölçme

Temizlik ve Bahçe İşleri

Diğer Hizmetler

NOT:

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