

AŞI DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü

Bildirimde Bulunan	
Aile Hekimi/Aile Sağlık Elemanı Ad Soyadı	
TC. Kimlik No	
Görev Aldığı Birim	
İl	
İlçe	
Aşı Bilgilerinde Değişiklik Yapılacak Kişinin	
Adı Soyadı	
T.C.Kimlik No (T.C Vatandaşı İse Zorunlu)	
(A)Uygulanmış Aşının ATS Sorgu Nosu VARSA	
Uygulanmış Aşının ATS Sorgu Nosu	
(Eğer) Değişimi Yapılacak Doz Bilgisi İse Eski -Yeni Doz Bilgileri	Eski Doz : Yeni Doz :
(Eğer) Değişimi Yapılacak alan Doğum Tarihi İse Yeni Doğum Tarihi – Mernis kayıtlarına göre	
(Eğer) Değişimi Yapılacak Farklı bir TC ye aktarım ise yeni TC No	
(B)Uygulanmış Aşının ATS Sorgu Nosu YOKSA	
Aşının Barkodu	
Aşının Seri Nosu	
Aşının Parti Nosu	
(Eğer) Değişimi Yapılacak Doz Bilgisi İse Eski -Yeni Doz Bilgileri	Eski Doz : Yeni Doz :
(Eğer) Değişimi Yapılacak Doğum Tarihi İse	
(Eğer) Değişimi Yapılacak Farklı bir TC ye aktarım ise yeni TC No	

Zorunlu alanlara girilmesi gereken bilgilerin eksikliği formu geçersiz sayacaktır.

Her bir aşı için **A veya B** bölümünün eksiksiz doldurulması gereklidir.