|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EVLENME İŞLEMLERİNE MAHSUS SAĞLIK RAPORU** | | | | FOTOĞRAF | |
| **T.C. Kimlik No** |  | | | | |
| **Uyruğu** |  | | | | |
| **Cinsiyeti** |  | | | | |
| **Adı** |  | | | | |
| **Soyadı** |  | | | | |
| **Baba Adı** |  | | | | |
| **Ana Adı** |  | | | | |
| **Doğum Yeri Ve Tarihi** |  | | | | |
| **Dini** |  | | | | |
| **Nüfusa Kayıtlı Olduğu İl / İlçe** |  | | | | |
| **Nüfusa Kayıtlı Olduğu Mah / Köy** |  | | | | |
| **Cilt / Aile / Birey Sıra No** |  | |  | |  |
| ………………………………………………………………. TABİBLİĞİNE | | | | | |
| Yukarıda kimliği yazılı ve fotoğrafı ilişik kişinin muayenesi yapılarak kayıtlarımız itibari ile evlenmeye engel hastalığının bulunup bulunmadığının bilgilendirilmesini arz ederim.  ………………………………….. | | | | | |
| TARİH: |  | | | | |
| **SAĞLIK RAPORU**  Yukarıda kimlikleri yazılı ve fotoğrafları ilişik olarak bulunan kişilerin yapılan muayeneleri sonucunda kayıtlarımız itibari ile, 1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’ nun 123. ve 124. Maddelerinde belirtilen, evlenmeye engel hastalıklardan salih bulundukları anlaşılmıştır (Muayene sonucunda kayda geçirilmiş evlenmeye engel hastalık bulunduğu takdirde açıkça yazılacaktır).  Doktorun Adı – Soyadı – Sicil No – Unvanı – Görev Yeri İmza – Mühür – Kaşe | | | | | |
| Kayıt Tarihi | | Kayıt No | | | |
| Kırsal alanlarda oturan ve muayeneye gönderilmeyen kişilerin sağlık durumlarının bildirilmesinde kullanılır. | | | | | |