**KABİN EKİBİ ÜYESİ SAĞLIK MUAYENE BAŞVURU FORMU**

*Bu sayfayı büyük harflerle eksiksiz olarak doldurunuz*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| (1) Soyadı: | (2) Önceki soyadı: | | | (10) Başvuru Kategorisi : |
|  |  | | | İlk □  Periyodik □ |
| (3) Adı: | (4) Doğum Tarihi: | | (5) Cinsiyet: | (11) Bir Önceki Sağlık Muayene Tarihi: |
|  |  | | Erkek □  Kadın □ |  |
| (6) Doğum yeri ve ülkesi: | (7) Uyruğu: | | | (12) Bir Önceki Sağlık Muayene Yeri: |
|  |  | | |  |
| (8) Daimi adres: | (9) Posta adresi (farklıysa) : | | | (13) Hava Taşıma İşletmesinin Adı: |
|  |  | | |  |
| Telefon No: | Telefon No: | | |
| (14) Alkol kullanıyor musunuz?  □ Hiç kullanmadım  □ Bıraktım (*Bırakılan tarih*)  □ Kullanıyorum (*Haftalık ortalama miktarı)* | | (15) Tütün kullanıyor musunuz?  □ Hiç kullanmadım  □ Bıraktım (*Bırakılan tarih*)  □ Kullanıyorum (*Miktarı)* | | (16) Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?  □ Hayır  □ Evet (*İlacı, dozunu, başlama tarihi ve nedeni)* |

|  |
| --- |
| **(17) GENEL VE TIBBİ GEÇMİŞ:** |
| *Aşağıdakilerden herhangi birini hiç geçirdiniz mi veya böyle bir hastalığınız var mı?*  *Her soru için EVET (E) veya HAYIR (H) işaretlenmelidir. EVET şeklindeki cevapları açıklamalar bölümünde belirtiniz.* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **E** | **H** |  | **E** | **H** |  | **E** | **H** |  | **E** | **H** |
| **101** Göz sorunu/göz ameliyatı |  |  | **114** İşitme azlığı, işitme kaybı veya kulak sorunu |  |  | **127** Hepatit B veya Hepatit C |  |  | **Aile Geçmişi:** |  |  |
| **102** Herhangi bir dönemde gözlük/kontakt lens kullanımı |  |  | **115** Burun, boğaz veya konuşma bozukluğu |  |  | **128** Pozitif HIV testi |  |  | **170** Kalp hastalığı |  |  |
| **103** Son sağlık muayenesinden bu yana gözlük/kontakt lens reçetesi değişmiş midir |  |  | **116** Kafa yaralanması veya şok |  |  | **129** Hastane yatışı |  |  | **171** Yüksek tansiyon |  |  |
| **117** Sık veya ciddi baş ağrıları |  |  | **130** Başka hastalıklar veya yaralanmalar |  |  | **172** Yüksek kolesterol düzeyi |  |  |
| **104** Saman nezlesi, diğer alerjiler |  |  | **118** Baş dönmesi veya bayılma nöbetleri |  |  | **131** Son sağlık muayenesinden bu yana doktor ziyareti |  |  | **173** Epilepsi (Sara) |  |  |
| **105** Astım, akciğer hastalıkları |  |  | **119** Herhangi bir nedenle bilinç kaybı |  |  | **132** Hayat sigortası reddi |  |  | **174** Akıl hastalığı |  |  |
| **106** Kalp veya damar sorunu |  |  | **120** Nörolojik bozukluklar; inme, epilepsi, nöbet, felç, v.s. |  |  | **133** Daha önce, kabin memurluğuna elverişsizlik kararı |  |  | **175** Diyabet (Şeker) |  |  |
| **107** Yüksek veya düşük tansiyon |  |  | **121** Her türlü psikolojik/psikiyatrik bozukluk |  |  | **134** Askerlik öncesinde veya sırasında sağlık sebebiyle ret |  |  | **176** Tüberküloz (Verem) |  |  |
| **108** Geçirilmiş kalp ameliyatı |  |  | **122** Alkol/ilaç/madde kötüye kullanımı |  |  | **135** Yaralanma veya hastalık nedeniyle maaş veya tazminat verilmesi |  |  | **177** Alerji/astım/egzema |  |  |
| **109** Böbrek taşı veya idrarda kan |  |  | **123** İntihar girişimi |  |  | **178** Kalıtsal bozukluklar |  |  |
| **110** Şeker hastalığı, hormonal bozukluk |  |  | **124** İlaçla tedavi gerektiren taşıt tutması |  |  | **Yalnızca kadınlar:** |  |  | **179** Glokom |  |  |
| **111** Guatr veya geçirilmiş tiroid ameliyatı |  |  | **125** Sıtma veya diğer tropikal hastalıklar |  |  | **150** Jinekolojik veya menstruasyon sorunları |  |  |  |  |  |
| **112** Mide, karaciğer veya barsak sorunu |  |  | **126** Cinsel yolla bulaşan hastalıklar |  |  | **151** Hamile misiniz? |  |  |  |  |  |
| **113** Anemi/Orak Hücre taşıyıcılığı, diğer kan hastalıkları |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **(18) AÇIKLAMALAR:** Tıbbi geçmişinizdeki hastalık ve ameliyatları tarihleriyle belirtiniz. | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **(19) BEYAN:** *Yukarıdaki ifadeleri dikkatle incelediğimi, benim bilgim dahilinde bunların eksiksiz ve doğru olduğunu, hiçbir bilgiyi saklamadığımı ve yanıltıcı ifadeler kullanmadığımı beyan ederim. Bu başvuruyla ilgili olarak herhangi bir yanlış veya yanıltıcı beyanda bulunduğum veya yardımcı tıbbi bilgileri vermediğim takdirde Yetkili Kuruluşun bana sağlık kurul raporu vermeyi reddedebileceğini veya verilmiş sağlık kurul raporunu, ulusal kanunlara göre uygulanabilecek her türlü diğer önlem hakkı mahfuz kalmak kaydıyla geri alabileceğini kabul ediyorum.*  **TIBBİ BİLGİLERİN AÇIKLANMASI KABULÜ:** *Bu formda ve eklerinde bulunan tüm bilgilerin gerekli durumlarda Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü Hava Sağlık Bölümüne verilmesini, bu bilgilerin ve elektronik olarak saklanan bilgilerin tıbbi değerlendirmenin tamamlanması için kullanılmasını, bu bilgilere gerektiğinde benim veya doktorumun ulaşabilmesi şartıyla kabul ediyorum.*  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Tarih Başvuranın imzası AME’nin İmzası ve Kaşesi  (Tanık) | | | | | | | | | | | |