**KABİN EKİBİ ÜYESİ TIBBİ UYGUNLUKTA AZALMA BİLDİRİM FORMU**

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Son tıbbi değerlendirmenizden bu yana*** | **H** | **E** |
| 1. Sağlığınızda herhangi bir azalma ya da bozulma fark ettiniz mi? | **H** | **E** |
| 1. 12 saatten fazla hastane yatışı oldu mu? | **H** | **E** |
| 1. Ameliyat geçirdiniz mi? | **H** | **E** |
| 1. Yaralanma oldu mu? | **H** | **E** |
| 1. Sakatlanma oldu mu? | **H** | **E** |
| 1. Tıbbi istirahat verildi mi? | **H** | **E** |
| 1. Hamile misiniz? | **H** | **E** |
| *Herhangi bir soruya EVET cevabı verdiyseniz, lütfen detaylı açıklama yapınız:* | | |
| **🖎** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **Beyan:** Yukarıdaki ifadeleri dikkatle incelediğimi, benim bilgim dâhilinde bunların eksiksiz ve doğru olduğunu, hiç bir bilgiyi saklamadığımı ve yanıltıcı ifadeler kullanmadığımı beyan ederim.  **Tarih: İmza:** |