**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:** |