|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Soyadı  Surname: | | Doğum Tarihi  Birth Date: | Cinsiyet  Sex: | Hava Taşıma İşletmesinin Adı  Company name: |
|  | |  | Erkek, Male   Kadın, Female □ |  |
| Adı, Forename(s): | |
|  | |
| Doğum yeri ve ülkesi  Place and Country of Birth: | Uyruğu  Nationality: | Daimi adres  Address: | | Posta adresi, (farklıysa),  Post address (if different): |
|  |  | Elektronik posta, Email:  Tel. No: | | Te. No: |
| Alkol kullanıyor musunuz? Do you drink Alcohol? | | Tütün kullanıyor musunuz? Do you Smoke? | | Şu an herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?  Do you currently use any medication? |
| □ Hiç kullanmadım, Never  □ Bıraktım (*Bırakılan tarih*), Quit drinking (Date)  □ Kullanıyorum (*Haftalık ortalama miktarı)*  Drinking *(Average Weekly intake)* | | □ Hiç kullanmadım, Never  □ Bıraktım (*Bırakılan tarih*),  Quit smoking (Date)  □ Kullanıyorum (*Miktarı), Smoking (Intake)* | | □ Hayır, No  □ Evet (*İlacı, dozunu, başlama tarihi ve nedeni)*  Yes *(State medication, dose, date started and why)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Son tıbbi değerlendirmenizden bu yana, Since your last medical assessment*** | **Hayır No** | **Evet**  **Yes** |
| 1. Sağlığınızda herhangi bir azalma ya da bozulma fark ettiniz mi?   Have you noticed any decrease or deterioration in your health? |  |  |
| 1. Herhangi bir hastanede veya sağlık kliniğinde yatışınız oldu mu?   Have you been hospitalized in any hospital or health clinic? |  |  |
| 1. Herhangi bir cerrahi operasyon ya da invaziv müdahale geçirdiniz mi?   Have you undergone any surgical operation or invasive intervention? |  |  |
| 1. Görevinizi yapmayı engelleyici önemli bir yaralanmaya veya sakatlanmaya geçirdiniz mi?   Did you go to a major injury or injury that prevented you from doing your job? |  |  |
| 1. Göz Hastalıkları uzmanı tarafından düzeltici mercek reçete edildi mi?   Has a corrective lens been prescribed by an ophthalmologist? |  |  |
| 1. Uzak ya da yakın görüşünüzde bozulma oldu mu? Is there any detoriation in your far or near sight? |  |  |
| 1. İşitme kaybı veya Çınlamanız oldu mu? Is there hearing loss or ringing in the ears? |  |  |
| 1. Hamile misiniz? Are you pregnant? |  |  |
| 1. Tıbbi istirahat verildi mi? Have you given sick leave? |  |  |
| *Herhangi bir soruya EVET cevabı verdiyseniz, lütfen detaylı açıklama yapınız:*  *If any of the answers was yes please describe:* | | |
| **🖎** | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |

|  |
| --- |
| **Beyan:** Yukarıdaki ifadeleri dikkatle incelediğimi, benim bilgim dâhilinde bunların eksiksiz ve doğru olduğunu, hiç bir bilgiyi saklamadığımı ve yanıltıcı ifadeler kullanmadığımı beyan ederim.  **DECLERATION**: *I hereby declare that I have carefully considered the statements made above and to the best of my belief they are complete and correct and that I have not withheld any relevant information or made any misleading statements.*  **Tarih, Date: İmza, Signature:** |