

Kabin Ekibi Üyesi Sağlık Muayene Başvuru Formu
(Application Form for a Medical Examination of a Cabin Crew Member)

Bu sayfayı büyük harflerle eksiksiz olarak doldurunuz

(1) Soyadı:	(2) Önceki soyadı:	(10) Başvuru Kategorisi :
		İlk <input type="checkbox"/> Periyodik <input type="checkbox"/>
(3) Adı:	(4) Doğum Tarihi:	(5) Cinsiyet:
		Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>
(6) Doğum yeri ve ülkesi:	(7) Uyuşu:	(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? <input type="checkbox"/> Hiç kullanmadım <input type="checkbox"/> Biraktım (Bırakılan tarih) <input type="checkbox"/> Kullanıyorum (Haftalık ortalama miktarı)	(15) Tütün kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hiç kullanmadım <input type="checkbox"/> Biraktım (Bırakılan tarih) <input type="checkbox"/> Kullanıyorum (Miktarı)	(16) Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> 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		
104 Saman nezlesi, diğer alerjiler			117 Sık veya ciddi baş ağrıları			130 Başka hastalıklar veya yaralanmalar			172 Yüksek kolesterol düzeyi		
105 Astım, akciğer hastalıkları			118 Baş dönmesi veya bayılma nöbetleri			131 Son sağlık muayenesinden bu yana doktor ziyareti			173 Epilepsi (Sara)		
106 Kalp veya damar sorunu			119 Herhangi bir nedenle bilinç kaybı			132 Hayat sigortası reddi			174 Akıl hastalığı		
107 Yüksek veya düşük tansiyon			120 Nörolojik bozukluklar; inme, epilepsi, nöbet, felç, v.s.			133 Daha önce, kabin memurluğuna elverişsizlik kararı			175 Diyabet (Şeker)		
108 Geçirilmiş kalp ameliyatı			121 Her türlü psikolojik/psikiyatrik bozukluk			134 Askerlik öncesinde veya sırasında sağlık sebebiyle ret			176 Tüberküloz (Verem)		
109 Böbrek taşı veya idrarda kan			122 Alkol/ilâç/madde kötüye kullanımı			135 Yaralanma veya hastalık nedeniyle maaş veya tazminat verilmesi			177 Alerji/astım/egzema		
110 Şeker hastalığı, hormonal bozukluk			123 İntihar girişimi			Yalnızca kadınlar:			178 Kalıtsal bozukluklar		
111 Guatr veya geçirilmiş tiroid ameliyatı			124 İlaçla tedavi gerektiren taşit tutması			150 Jinekolojik veya menstruasyon sorunları			179 Glukom		
112 Mide, karaciğer veya barsak sorunu			125 Sıtma veya diğer tropikal hastalıklar			151 Hamile misiniz?					
113 Anemi/Orak Hücre taşıyıcılığı, diğer kan hastalıkları			126 Cinsel yolla bulaşan hastalıklar								

(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 başvuruya 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 değerlendirilmenin tamamlanması için kullanılmasını, bu bilgilere gerektiğinde benim veya doktorumun ulaşabilmesi şartıyla kabul ediyorum.

Tarih

Başvuranın imzası

AME'nin İmzası ve Kaşesi
(Tanık)