İSTANBUL FLORENCE NIGHTINGALE HASTANESİ

Tıbbi Standart Evrak No: 192

Kabin Ekibi Üyesi Tıbbi Uygunlukta Azalma Bildirim Formu

(*Notification Form of Decrease in Medical Fitness of a Cabin Crew Member)*

(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: Telefon No:		(9) Posta adresi (farklıysa) : Telefon No:
(12) Alkol kullanıyor musunuz? ☐ Hiç kullanmadım ☐ Bıraktım (*Bırakılan tarih*) ☐ Kullanıyorum (*Haftalık ortalama miktarı)*		(13) Tütün kullanıyor musunuz? ☐ Hiç kullanmadım ☐ Bıraktım (*Bırakılan tarih*) ☐ Kullanıyorum (*Miktarı)*		(14) Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? ☐ 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
2. 12 saatten fazla hastane yatışı oldu mu?	H	E
3. Ameliyat geçirdiniz mi?	H	E
4. Yaralanma oldu mu?	H	E
5. Sakatlanma oldu mu?	H	E
6. Tıbbi istirahat verildi mi?	H	E
7. 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:**