

## UÇUCU TEKNİSYEN SAĞLIK MUAYENE BAŞVURU FORMU

**Tıbbi Standart Evrak No. 170**  
**TIBBİ GİZLİ EVRAK**

Bu sayfayı büyük harflerle eksiksiz olarak doldurunuz

(1) Soyadı :	(2) Önceki soyadı :	(10) Başvuru : İlk <input type="checkbox"/> Yenileme/Yeniden değerlendirme <input type="checkbox"/>
(3) Adı :	(4) Doğum Tarihi :	(5) Cinsiyet : Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>
(6) Doğum yeri ve ülkesi :	(7) Uyruğu :	(11) Bir Önceki Sağlık Muayene Tarihi :
(8) Daimi adres :	(9) Posta adresi (farklıysa) :	(12) Bir Önceki Sağlık Muayene Yeri :
Ülke : Telefon No :	Ülke : Telefon No :	(13) İş (ası) : (14) Çalışılan Şirketin Adı :
(15) Alkol kullanıyor musunuz? Evet ise ortalama haftalık miktarı belirtiniz :	(17) Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> İlacı, dozunu, başlama tarihini ve nedenini Belirtiniz :	
(16) Tütün kullanıyor musunuz? Asla <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bırakılan tarih : Evet <input type="checkbox"/> Tip ve miktarı belirtiniz :		

**(18) Genel ve tıbbi geçmiş:** Aşağıdakilerden herhangi birini hiç geçirdiniz mi veya böyle bir hastalığınız var mı? Her soru için EVET veya HAYIR işaretlenmelidir.  
EVET şeklindeki cevapları açıklamalar bölümünde belirtiniz.

Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır		Evet		Hayır	
												<b>Aile Geçmişi:</b>			
101 Göz sorunu/göz ameliyatı			114 İşitme azlığı, işitme kaybı veya kulak sorunu			127 Hepatit B veya Hepatit C			170 Kalp hastalığı						
102 Herhangi bir dönemde gözlük/kontakt lens kullanımı			115 Burun, boğaz veya konuşma bozukluğu			128 Pozitif HIV testi			171 Yüksek tansiyon						
103 Son sağlık muayenesinden bu yana gözlük/kontakt lens reçetesi değişmiş midir			116 Kafa yaralanması veya şok			129 Hastane yatışı			172 Yüksek kolesterol düzeyi						
104 Saman nezlesi, diğer allerjiler			117 Sık veya ciddi baş ağrıları			130 Başka hastalıklar veya yaralanmalar			173 Epilepsi						
105 Astım, akciğer hastalıkları			118 Baş dönmesi veya bayılma nöbetleri			131 Son sağlık muayenesinden bu yana doktor ziyareti			174 Akıl hastalığı						
106 Kalp veya damar sorunu			119 Herhangi bir nedenle bilinç kaybı			132 Hayat sigortası reddi			175 Diyabet (Şeker)						
107 Yüksek veya düşük tansiyon			120 Nörolojik bozukluklar; inme, epilepsi, nöbet, felç, v.s.			133 Daha önce, uçucu teknisyenliğe elverişlilik kararı			176 Tüberküloz (Verem)						
108 Geçirilmiş kalp ameliyatı			121 Her türlü psikolojik/psikiyatrik bozukluk			134 Askerlik öncesinde veya sırasında sağlık sebebiyle ret			177 Allerji/astım/egzema						
109 Böbrek taşı veya idrarda kan			122 Alkol/ilâç/madde kötüye kullanımı			135 Yaralanma veya hastalık nedeniyle maaş veya tazminat verilmesi			178 Kalıtsal bozukluklar						
110 Şeker hastalığı, hormonal bozukluk			123 İntihar girişimi						179 Glokom						
111 Guatr veya geçirilmiş tiroid ameliyatı			124 İlaçla tedavi gerektiren taşıt tutması			<b>Yalnızca kadınlar:</b>									
112 Mide, karaciğer veya barsak sorunu			125 Sıtma veya diğer tropikal hastalıklar			150 Jinekolojik veya menüstruasyon sorunları									
113 Anemi / Orak Hücre taşıyıcılığı, diğer kan hastalıkları			126 Cinsel yolla bulaşan hastalıklar			151 Hamile misiniz?									

**(19) Açıklamalar :** Tıbbi geçmişinizdeki hastalık ve ameliyatları tarihleriyle belirtiniz.

**(20) 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 anlıyorum.

**TIBBİ BİLGİLERİN AÇIKLANMASI KABULÜ:** Bu raporda ve eklerinde bulunan tüm bilgilerin Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü Hava Sağlık Bölümüne verilmesini, bu bilgilerin ve elektronik olarak saklanan bilgilerin tıbbi değerlendirmenin tamamlanması için kullanılacağını anlayarak ve bu bilgilere gerektiğinde benim veya doktorumun ulaşabilmesi şartıyla kabul ediyorum. Tıbbi Gizliliğe daima uyulacaktır.

Tarih	Başvuranın imzası	AME'nin İmzası ve Kaşesi (Tanık)
-------	-------------------	-------------------------------------