

## Havacılık Sağlık Sertifikası Başvuru Formu

(Application Form for (an) Aviation Medical Certificate)

### Tıbbi Standart Evrak No. 160

#### Tıbbi Gizli Evrak

Bu sayfayı büyük harflerle eksiksiz olarak doldurunuz- Ayrıntılar için talimatlar sayfasına bakınız.

(1) Lisans Veren JAA Üyesi Devlet :	(2) Başvurulan sağlık sertifikası sınıfı :	1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
(3) Soyadı :	(4) Önceki soyadı :	(12) Başvuru : İlk <input type="checkbox"/> Yenileme/Yeniden değerlendirme <input type="checkbox"/>
(5) Adı :	(6) Doğum Tarihi :	(7) Cinsiyet : Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>
(8) Doğum yeri ve ülkesi :	(9) Uyruğu :	(13) Sağlık Sertifikası No. :
(10) Daimi adres :	(11) Posta adresi (farklıysa) :	(14) Başvurulan lisans tipi :
Ülke : Telefon No :	Ülke : Telefon No :	(15) İş (asıl) : (16) İşveren : (17) Son sağlık başvurusu : Tarih : Yeri :
(18) Mevcut havacılık lisansı (tipi) : Lisans no : Veren ülke :	(19) Lisans/Sağlık Sertifikası üzerinde Şart/Kısıtlama/Değişiklik olup olmadığı : Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Ayrıntılar :	(20) Daha önce herhangi bir lisans otoritesi size havacılık sağlık sertifikası vermeyi reddetmiş, askıya almış veya geri almış mıdır? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Tarih : Ayrıntılar : Ülke :
(21) Toplam uçuş saati :	(22) Son sağlık muayenesinden bu yana uçuş saati :	(23) Şu anda uçurulan hava aracı :
(24) Son sağlık muayenesinden bu yana herhangi bir hava aracı kazası veya rapor edilmiş kaza geçirdiniz mi? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Tarih : Ayrıntılar : Ülke :	(25) Niyetlenilen uçuş tipi :	(26) Şu andaki uçuş etkinliği : Tek pilot <input type="checkbox"/> Multi Pilot <input type="checkbox"/>
(27) Alkol kullanıyor musunuz? Evet ise ortalama haftalık miktarı belirtiniz :	(28) Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> İlacı, dozunu, başlama tarihini ve nedenini belirtiniz :	(29) Tütün kullanıyor musunuz? Asla <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bırakılan tarih : Evet <input type="checkbox"/> Tip ve miktarı belirtiniz :

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

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

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

(31) **Beyan :** Yukarıdaki ifadeleri dikkatle incelediğimi, benim bilgim dahilinde bunların eksiksiz ve doğru olduğunu, hiçbir bilgiyi saklamadığımı ve yanlış 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 sertifikası vermeyi reddedebileceğini veya verilmiş sağlık sertifikasını, 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 Havacılık Tıp Bölümü ve gerektiğinde diğer JAA Üyesi Ülkelerin Havacılık Tıp Bölümlerine 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)