|  |  |
| --- | --- |
| Soyadı, Surname: | Başvuru, Application:  |
|  | İlk, Initial  Periyodik, Periodical  Kaza kırım, Incident  Diğer, Other  Alkol Psikoaktif Mad. Takip, Alcholol, psychoactive substance use  |
| Adı, Forename(s): | Doğum Tarihi, Birth Date: | Cinsiyet, Sex: | Bir Önceki Sağlık Muayene Tarihi,Latest Medical Examination Date: |
|  |  | Erkek, Male □Kadın, Female □ |  |
| Doğum yeri ve ülkesiPlace and Country of Birth: | Uyruğu, Nationality: | Bir Önceki Sağlık Muayene Yeri,Latest Medical Examination Place: |
|  |  |  |
| Daimi adres, Address: | Elektronik Posta adresi, Email: | Hava Taşıma İşletmesinin Adı, Company Name: |
|  |  |  |
| Tel. No: |
| Alkol kullanıyor musunuz? Do you drink Alcohol?□ Hiç kullanmadım, Never □ Bıraktım (*Bırakılan tarih*), Quit drinking (Date)□ Kullanıyorum (*Haftalık ortalama miktarı)* Drinking *(Average Weekly intake)* | Tütün kullanıyor musunuz? Do you Smoke?□ Hiç kullanmadım, Never □ Bıraktım (*Bırakılan tarih*),  Quit smoking (Date)□ Kullanıyorum (*Miktarı), Smoking (Intake)* | Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz?Do you currently use any medication?□ Hayır, No □ Evet (*İlacı, dozunu, başlama tarihi ve nedeni)*Yes *(State medication, dose, date started and why)* |

|  |
| --- |
|  **GENEL VE TIBBİ GEÇMİŞ, GENERAL AND MEDİCAL HİSTORY:** |
| *Aşağıdakilerden herhangi birini hiç geçirdiniz mi veya böyle bir hastalığınız var mı? Do you have, or have you ever had, any of the following?* *Her soru için EVET (E) veya HAYIR (H) işaretlenmelidir. EVET şeklindeki cevapları açıklamalar bölümünde belirtiniz. YES (Y) or NO (N) (or as indicated) must be ticked after each question. Elaborate YES answers in the remarks section.* |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **E,Y** | **H,N** |  | **E,Y** | **H,N** |  | **E,Y** | **H,N** |  | **E,Y** | **H,N** |
| Göz sorunu/göz ameliyatı, Eye trouble/eye operation |  |  | İşitme azlığı, işitme kaybı veya kulak sorunu, Deafness, ear disorder |  |  | Hepatit B veya Hepatit CHepatitis B or Hepatitis C |  |  | **Aile Geçmişi****Family record:** |  |  |
| Herhangi bir dönemde gözlük/kontakt lens kullanımıSpectacles and/or contact lenses ever worn |  |  | Burun, boğaz veya konuşma bozukluğu, Nose, throat or speech disorder |  |  | Pozitif HIV testiPositive HIV test |  |  | Kalp hastalığıHeart disease |  |  |
| Son sağlık muayenesinden bu yana gözlük/kontakt lens reçetesi değişmiş midirSpectacle contact lens prescriptions change since last medical exam |  |  | Kafa yaralanması veya şokHead injury or concussion |  |  | Hastane yatışıAdmission to hospital |  |  | Yüksek tansiyonHigh blood pressure |  |  |
| Sık veya ciddi baş ağrılarıFrequent or severe headaches |  |  | Başka hastalıklar veya yaralanmalar, Any other illness or injury |  |  | Yüksek kolesterol düzeyi, High cholesterol level |  |  |
| Saman nezlesi, diğer alerjilerHay fever, other allergy |  |  | Baş dönmesi veya bayılma nöbetleri, Dizziness or fainting spells |  |  | Son sağlık muayenesinden bu yana doktor ziyareti, Visit to medical practitioner since last medical examination |  |  | Epilepsi (Sara)Epilepsy |  |  |
| Astım, akciğer hastalıklarıAsthma, lung disease |  |  | Herhangi bir nedenle bilinç kaybı, Unconsciousness for any reason |  |  | Hayat sigortası reddi Refusal of life insurance |  |  | Akıl hastalığıMental illness |  |  |
| Kalp veya damar sorunuHeart or vascular trouble |  |  | Nörolojik bozukluklar; inme, epilepsi, nöbet, felç, vs.Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc. |  |  | Daha önce, kabin memurluğuna elverişsizlik kararı, Former unfit decision to perform cabin crew duties |  |  | Diyabet (Şeker)Diabetes |  |  |
| Yüksek veya düşük tansiyonHigh or low blood pressure |  |  | Her türlü psikolojik/psikiyatrik bozukluk, Psychological /psychiatric trouble of any sort |  |  | Askerlik öncesinde veya sırasında sağlık sebebiyle retMedical rejection from or for military service |  |  | Tüberküloz (Verem)Tuberculosis |  |  |
| Geçirilmiş kalp ameliyatıCardiac surgery |  |  | Alkol/ilaç/madde kötüye kullanımı, Alcohol /drug/ substance abuse |  |  | Yaralanma veya hastalık nedeniyle maaş veya tazminat verilmesi, Award of pension or compensation for injury or illness |  |  | Alerji/astım/egzamaAllergy/asthma/ eczema |  |  |
| Böbrek taşı veya idrarda kanKidney stone or blood in urine |  |  | İntihar girişimi, Attempted suicide |  |  | Kalıtsal bozukluklarInherited disorders |  |  |
| Şeker hastalığı, hormonal bozukluk, Diabetes, hormone disorder |  |  | İlaçla tedavi gerektiren taşıt tutması, Motion sickness requiring medication |  |  | **Yalnızca kadınlar****Females only:** |  |  | GlokomGlaucoma |  |  |
| Guatr veya geçirilmiş tiroid ameliyatı, thyroid surgery or guatr |  |  | Sıtma veya diğer tropikal hastalıklar, Malaria or other tropical disease |  |  | Jinekolojik veya menstruasyon sorunları, Gynaecological, menstrual problems |  |  |  |  |  |
| Mide, karaciğer veya barsak sorunu, Stomach, liver or intestinal trouble |  |  | Cinsel yolla bulaşan hastalıklarSexually transmitted disease |  |  | Hamile misiniz?Are you pregnant? |  |  |  |  |  |
| Anemi/Orak Hücre taşıyıcılığı, diğer kan hastalıklarıAnaemia/sickle cell trait / other blood disorders |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tarih Başvuranın imzası AME veya Yetkili Tabibin İmzası ve Kaşesi Date Signature of Applicant Signature and stamp of AME or DmE**AÇIKLAMALAR:** Tıbbi geçmişinizdeki hastalık ve ameliyatları tarihleriyle belirtiniz. If previously reported and no change since, so state. |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **BEYAN:** *Yukarıdaki ifadeleri dikkatle incelediğimi, benim bilgim dahilinde bunların eksiksiz ve doğru olduğunu, hiçbir bilgiyi saklamadığımı ve yanıltıcı ifadeler kullanmadığımı beyan ederim. Bu başvuruyla 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. E-Nabız sistemi üzerinde yer alan tüm sağlık verilerimin incelenmesini kabul ediyorum.***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. I understand that, if I have made any false or misleading statements in connection with this application, or fail to release the supporting medical information, the licensing authority may refuse to grant me a medical certificate or may withdraw any medical certificate granted, without prejudice to any other action applicable under national law.* *I agree to review all my health data on the E-Pulse system.***TIBBİ BİLGİLERİN AÇIKLANMASI KABULÜ:** *Bu muayene raporu ve/veya eklerinde bulunan tüm bilgilerin, diğer Yetkili Tabip, AME, AeMC ve gerekli durumlarda, lisans veren otoritem, Yetkili Tabip, AME, AeMC'min yetkili otoritesi ve havacılık sağlık değerlendirmesi ya da ikincil değerlendirme amacıyla diğer ilgili sağlık görevlileri tarafından, bu belgelerin veya elektronik olarak saklanan bilgilerin tıbbi değerlendirmenin tamamlanması için kullanılmasını ve Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü Hava Sağlık Bölümüne ait bir evrak olarak verilmesini, bu bilgilere ulusal mevzuat uyarınca gerektiğinde benim veya doktorumun ulaşabilmesi şartıyla kabul ediyorum.* **CONSENT TO RELEASE OF MEDICAL INFORMATION:** *I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of my licensing authority, to the medical assessor of the competent authority of my AME and to relevant medical professionals for the purpose of completion of an aero-medical assessment or a secondary review, recognising that these documents or electronically stored data are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law.* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tarih Başvuranın imzası AME veya Yetkili Tabibin İmzası ve Kaşesi Date Signature of Applicant Signature and stamp of AME or DmE |