

**DURUM BİLDİRİR TEK HEKİM RAPORU İÇİN
KİŞİYE AİT SAĞLIK BİLGİ FORMU**

Tarih : ___ / ___ / _____

RAPOR İSTEK NEDENİ:

SPOR LİSANSI YİVSİZ AV TÜFEĞİ AKLI MELEKE KURUM VE KURULUŞLARA (Okul, Yurt vb.) VERİLMEK ÜZERE

**Bu form kişinin kendisi/yasal temsilcisi, 18 yaş altında ise velisi/yasal temsilcisi tarafından doldurularak imzalanacaktır.
Gözlük kullanıyorsanız muayeneye gözlük ile gelmeniz gerekmektedir.**

Genel Bilgiler		
Adı Soyadı: _____ / _____ T.C. Kimlik : _____		
Medeni Durumu: Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Boy: ___ Kilo: ___ Doğum Tarihi: ___ / ___ / ___		
Öğrenim Durumu: ilk-orta-lise <input type="checkbox"/> yüksek okul ve üzeri <input type="checkbox"/> okur yazar <input type="checkbox"/> okur yazar değil <input type="checkbox"/>		
Mesleği : _____ Öğrenci ise Okulu-Sınıfı: _____ Kan Grubu: ___ Telefon No: _____		
Adres: _____		

Aile bireylerinin/yakın akrabalarının sağlık durum bilgileri	Var / Açıklayınız:	Yok
Alerji		
Kas, eklem, tendon hastalıkları		
50 yaşından önce ani/nedeni belirlenemeyen ölüm		
Kalp hastalığı nedeniyle ani ölüm		
Uzun süreli enfeksiyon hastalıkları (verem, brucella, mantar, hepatit vb.)		
Kronik hastalık- Kanser (kalp-damar, böbrek hastalığı, tansiyon, şeker hastalığı, guatr, astım, KOAH vb.)		
Ruhsal hastalık		
Başvuru sahibinin sağlık durum bilgileri	Evet/Açıklama	Hayır
Duyu organları		
Göz: Görme kusuru, gece körlüğü, şaşılık, göz tansiyonu, çift görme, renk körlüğü vb.		
Kulak: İşitme güçlüğü, kaybı, kulak ağrısı, akıntı, çınlama vb.		
Kalp-damar sistemi / Kan hastalıkları		
Kalp/kapak hastalıkları, kalp yetmezliği, ritim bozukluğu vb. hastalıklar		
Egzersiz, spor yaparken herhangi bir şikayet: göğüste rahatsızlık, ağrı, sıkışma, baskı hissi, çarpıntı, dudaklarda morarma, baş dönmesi, bayılma vb.		
Çabuk yorulma, bayılma		
Kan basıncı (tansiyon) düşüklüğü/yüksekliği		
Anemi (kansızlık), hemofili vb. hastalıklar		
Yaralanma ve kesiklerde (uzun süren) kanama, sık burun kanaması vb.		
Solunum sistemi		
Astım, KOAH vb. hastalıklar		
Nefes darlığı, öksürük, balgam çıkarma vb.		
Sindirim Sistemi ve Metabolizma		
Çölyak, ülser, bağırsak hastalıkları vb.		
Karın ağrısı, ishal, kabızlık...		
Düzenli olarak alınan gıda takviyesi, uygulanan diyet		
Kas-İskelet Sistemi		
Kas, eklem, tendon ve romatizmal hastalıkları		
Kas güçsüzlüğü, kramp, ağrı, hareket kısıtlılığı		

	Evet/Açıklama	Hayır
Sinir Sistemi		
Felç, sara (epilepsi), bunama vb. hastalıklar		
Ellerde titreme, vücudun herhangi bir yerinde uyuşma karıncalanma, güç-his kaybı vb.		
Sık ve şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, titreme, denge kaybı		
Enfeksiyon Hastalıkları		
Uzun süreli enfeksiyon hastalıkları: Verem,cüzzam,brucella,mantar,hepatit (A-B-C..)vb.		
Sık geçirilen enfeksiyon hastalıkları: Bademcik, kulak, idrar yolu iltihabı vb.		
Bağırsak paraziti: solucan, kurt, şerit vb.		
Hormonal durum		
Şeker, guatr vb. hastalıklar		
Sık idrar, çok su içme, ellerde titreme vb.		
Genito- üriner sistem		
Kronik böbrek yetmezliği, nefrit, taş ve kistik hastalıklar vb.		
Sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma, akıntı vb.		
İnmemiş testis (7 yaş altı çocuklar için)		
Ruh sağlığı		
Otizm, dikkat bozukluğu, hiperaktivite, depresyon, şizofreni vb. hastalıklar		
Diğer		
Düzenli olarak alınan ilaç- tedavi		
Gıda, ilaç, böcek vb. alerji öyküsü		
Spor/trafik/ev kazası öyküsü		
Ameliyat öyküsü		
Karaciğer, böbrek vb. organ yetmezliği, diyaliz		
Varsa kanser tanısı		
Vücutta şişlik (koltuk altında, kasıklarda, boyunda), morluk		
Son zamanlarda aşırı kilo kaybı, iştahsızlık		
Diş ve diş eti sorunu (çürük vb.)		
Cabuk sinirlenme		
Uvku annesi. voğun gün hovvı uvuklama vb. uvku problemleri		
Sigara. alkol. cay. kahve vb. alışkanlıklar		
Kullanılan cihazlar, protezler: Gözlük/lens, işitme cihazı, ortez, protez (kalça-diz) vb.		
İşitme, görme, ortopedik, zihinsel, ruhsal engellilik durumu		

Bu bölümü "Spor Lisansı İçin Sağlık Raporu" almak isteyenler dolduracaktır:

Spor Dalı: _____ Spor Kulübü: _____ En Son Muayene Tarihi / Kurum Adı: _____ / _____

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur ve doğrudur. Eksik/yanlış verdiğim bilgilerden dolayı sağlığım ile ilgili gelişebilecek problemlerin sorumluluğu bana aittir.

Başvuru Sahibinin/Yasal Temsilcisinin

18 yaş altında ise velisinin/Yasal temsilcisinin

Adı Soyadı : _____/_____

Adı-soyadı: _____/_____

İmza :

İmza :

Sağlık durumunuzun değerlendirilmesi sonucu gerek duyulursa bazı tetkikler istenebilir veya ilgili branşlardan doktorların muayenesi için hastaneye gönderilebilirsiniz.

Not: Bu form, sağlık raporlarının düzenlenmesine ilişkin genel beyan formu olup yaşa ve cinsiyete özel durumları kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Formda yer alan kişisel ve sağlık bilgilerinizin gizliliği ve mahremiyeti esas olup kayıt altına alınan bu bilgiler, ilgili mevzuatla izin verilen haller dışında veya kişilerin açıkça rızası olmaksızın, kurum, kuruluş ve üçüncü kişilerle paylaşılmayacaktır.