**DURUM BİLDİRİR TEK HEKİM RAPORU İÇİN**

 **BAŞVURU SAHİBİ SAĞLIK BİLGİ FORMU**

**Tarih : \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**RAPOR İSTEK NEDENİ :**

SÜRÜCÜ OLUR (…… SINIFI) **SPORCU LİSANSI** YİVSİZ AV TÜFEĞİ AKLİ MELEKE

KURUM VE KURULUŞLARA VERİLMEK ÜZERE OKUL SAĞLIĞI (ÖĞRENCİ PERİYODİK SAĞLIK MUAYENESİ)

**Bu form kişinin kendisi, 18 yaş altında ise kendisi ve velisi, yasal temsilcisi tarafından doldurularak imzalanacaktır.**

**Gözlük kullanıyorsanız muayeneye gözlük ile gelmeniz gerekmektedir.**

|  |
| --- |
| Adı Soyadı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ T.C. Kimlik No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Doğum Tarihi: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ |
| Medeni Durumu: Evli Bekar Mesleği : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Kan Grubu: \_\_ \_\_ Telefon No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Adres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Kurum Adı:** Gençlik ve Spor İl Müdürlüğü /  |
|  |
| **Bu bölümü “Sporcu Lisansı İçin Sağlık Raporu” almak isteyenler dolduracaktır:**  |
| Spor Dalı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Spor Kulübü: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| **Aile bireylerinde ve/veya yakın akrabalarınızda olan hastalıkları belirtiniz:** |
| **Sağlık Sorunu** | **Var / Açıklayınız:**  | **Yok** |
| Kronik hastalık (kalp-damar, böbrek hastalığı, tansiyon, şeker hastalığı, guatr, astım, KOAH…) |  |  |
| 50 yaşından önce ani/nedeni belirlenemeyen ölüm |  |  |
| Kalp hastalığı nedeniyle ani ölüm |  |  |
| Kanser  |  |  |
| Alerji |  |  |
| Kas, eklem, tendon hastalıkları |  |  |
| Ruhsal hastalık  |  |  |
| Uzun süreli enfeksiyon hastalıkları (verem, brucella, mantar, hepatit…) |  |  |
| Diğer  |  |  |
| **MEVCUT sağlık durumu ve ilave bilgileri belirtiniz:** |
| **Sağlık sorunu, ilave bilgi** | **Var / Süresi** ( \_\_\_ yıl \_\_\_ ay) | **Yok** |
| Kronik hastalık (kalp-damar, böbrek hastalığı, tansiyon, şeker hastalığı, guatr, astım, KOAH…) |  |  |
| Egzersiz, spor yaparken herhangi bir şikâyet (göğüste rahatsızlık, ağrı, sıkışma, baskı hissi, çarpıntı, dudaklarda morarma, baş dönmesi, bayılma…)  |  |  |
| Solunum sistemi şikâyetleri (Nefes darlığı, öksürük …) |  |  |
| Çabuk yorulma, bayılma |  |  |
| Yaralanma ve kesiklerde (uzun süren) kanama, sık burun kanaması |  |  |
| Bağırsak paraziti (solucan, kurt, şerit), karın ağrısı, ishal, kabızlık… |  |  |
| Sık idrara çıkma, idrar yaparken yanma ve akıntı |  |  |
| Vücutta şişlik (koltuk altında, kasıklarda, boyunda), morluk |  |  |
| Diş ve diş eti sorunu (çürük vb.) |  |  |
| Nörolojik şikayet (felç, güç kaybı, his kaybı, sara, bunama ...)  |  |  |
| Uzun Süreli Enfeksiyon Hastalıkları (Verem, brucella, mantar, hepatit…) |  |  |
| Düzenli olarak alınan ilaç-gıda takviyesi-tedavi, uygulanan diyet |  |  |
| Son zamanlarda aşırı kilo kaybı, iştahsızlık |  |  |
| Gözlük/lens kullanımı, görme kusuru, gece körlüğü, şaşılık, göz tansiyonu, çift görme, renk körlüğü ….  |  |  |
| İşitme cihazı, işitme güçlüğü/kaybı, kulak ağrısı, akıntı, çınlama….  |  |  |
| Alerji (gıda, ilaç, böcek ….) |  |  |
| Kanser |  |  |
| Engellilik hali |  |  |
| Kullanılan protez/cihaz durumu |  |  |
| Otizm, dikkat bozukluğu, hiperaktivite, ruhsal hastalık…. |  |  |
| Organ yetmezliği(karaciğer, böbrek yetmezliği, diyaliz ….), organ nakli |  |  |
| Kaza (trafik kazası, ev kazası….), yaralanma  |  |  |
| Diğer  |  |  |
| Kas, eklem, tendon sorunu (kas güçsüzlüğü, kramp, ağrı, hareket kısıtlılığı ...) |  |  |
| Ellerde titreme, vücudun herhangi bir yerinde uyuşma karıncalanma |  |  |
| Sık ve şiddetli baş ağrısı, baş dönmesi, titreme, denge kaybı |  |  |
| Ruhsal hastalık (depresyon, intihar girişimi ….) |  |  |
| Alışkanlıklar (sigara, alkol, çay, kahve ...) |  |  |
| Çabuk sinirlenme |  |  |
| Uyku problemi (uyku apnesi, yoğun gün boyu uyuklama ….) |  |  |
| Tütün ve alkol harici madde alışkanlığı |  |  |
| **Daha Önce Aşağıdaki Hastalık(lar) Nedeniyle Hekime ya da Hastaneye Gittiniz mi/Gidiyor musunuz?** |
| **Sağlık Sorunu**  | **Evet Açıklama** | **Hayır** |
| Kronik hastalık (kalp-damar, böbrek hastalığı, tansiyon, şeker hastalığı, guatr, astım, KOAH…) |  |  |
| Kan hastalıkları[Anemi (kansızlık), hemofili ...)] |  |  |
| Nörolojik hastalık (felç, güç-his kaybı, sara bunama ….) |  |  |
| Uzun süreli enfeksiyon hastalıkları (Verem, brucella, mantar, hepatit…..)  |  |  |
| Sık enfeksiyon hastalıkları geçirme(bademcik- idrar yolu iltihabı,..) |  |  |
| Solunum sistemi hastalıkları (astım, KOAH ….) |  |  |
| Böbrek-mesane hastalıkları (kum dökme – taş düşürme….) |  |  |
| Göz hastalığı, görme bozukluğu |  |  |
| Kas-eklem-tendon hastalıkları |  |  |
| İşitme güçlüğü, kaybı |  |  |
| Ruhsal hastalık |  |  |
| Alerji (Gıda, ilaç, böcek ….) |  |  |
| Kanser |  |  |
| Ameliyat öyküsü |  |  |
| Trafik kazası, kafa travması |  |  |
| Diğer |  |  |

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

**18 yaş altı için Velisi, Yasal temsilcisinin**

**Kişinin Adı Soyadı : \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ Adı-soyadı: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_**

**İmza : İmza :**

Sağlık durumunuzun değerlendirilmesi sonucu gerek duyulursa bazı tetkikler istenebilir veya ilgili branşlardan doktorların muayenesi için hastaneye gönderilebilirsiniz. Tüm bunların sonuçlarının uygun bulunması durumunda sağlık raporunuz düzenlenecektir.

**Not:** *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.*