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

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

**RAPOR İSTEK NEDENİ:**

**SPOR LİSANSI** YİVSİZ AV TÜFEĞİ AKLİ MELEKEKURUM 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 Bekar Boy: \_\_ \_\_ \_\_ Kilo: \_\_ \_\_ Doğum Tarihi: \_\_\_\_ /\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_ | | |
| Öğrenim Durumu: ilk-orta-lise yüksek okul ve üzeri okur yazar okur yazar değil | | |
| Mesleği : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Kan Grubu: \_\_ \_\_ Telefon No: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Öğrenci ise Okulu-Sınıfı: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| 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.) |  |  |
| Çabuk sinirlenme |  |  |
| Uyku apnesi, yoğun gün boyu uyuklama vb. uyku problemleri |  |  |
| Sigara, alkol, çay, 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 tarafımca 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.*