

BÖLÜM 1  
EK A  
SHDHTKS 001 A  
(Sivil Havacılık Dairesi Hava Trafik Kontrol Sağlık 001 A)

#### IV. DERECE HAVA TRAFİK KONTROLÖR YARDIMCISI MEVKİİNİN İLK TAYİNİ İÇİN GEREKEN KİŞİSEL SAĞLIK BEYANNAMESİ

Şu anda, Özürlü Ayrımcılık Yasası (Özürlülerin İstihdamı) Hava Trafik Kontrolör ve Asistanlığı için geçerli değildir.

**Lütfen formu söylenildiği şekilde doldurup getiriniz. (Eğer hali hazırda kadrolu bir kamu görevlisiyseniz, bunu ispatlayan bir belgeyi forma ekleyiniz). Doldurulmuş form ancak atanmaya uygun olduğunuza karar verilirse değerlendirilecektir. Her adayın sağlığı tek tek değerlendirilecek, ve hiçbir adayın başvurusu profesyonel mesleki sağlık görüşü alınmadan herhangi bir karara varılmayacaktır.**

Bu formu doldurduktan sonra önemli bir hastalığa yakalandığınız takdirde size sunulan tayin teklifini kabul etmeden önce bize hemen haber vermeniz gerekmektedir.

Doğru olmadığını bildiğiniz herhangi bir bilgi verdiğiniz veya gerekli bilgileri temin etmediğiniz takdirde başvurunuz reddedilecek tayin edilseniz bile işinize son verilebilecektir.

#### 1. İsim (BÜYÜK harflerle)

Soyadı	
Adı	
Doğum tarihi	

<b>2a.</b> Başvurmak istediğiniz münhal	
<b>2b.</b> Başvurmak istediğiniz münhalin bulunduğu yer	
<b>3a.</b> Boyunuz (Ayakkabısız)	<b>m</b>
<b>3b.</b> Kilonuz (Ayakkabısız normal giysilerle)	<b>kg</b>

<b>Lütfen uygun olana ✓ işareti koyunuz</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Eğer gerekiyorsa detay ve tarih veriniz.</b>
<b>4a.</b> Görme duyunuz normal aktiviteler için yeterli mi? (gerekirse gözlüklerle veya lensle)			
<b>4b.</b> Renkleri tanımakta zorluk çekiyor musunuz?			
<b>4c.</b> Her iki kulağınızda telefonda konuşmak da dahil olmak üzere normal amaçlar için yeterli mi?			
<b>4d.</b> Herhangi bir fiziksel eksikliğiniz veya özürlünüz var mı?			
<b>4e.</b> Sağlığınız şimdi ve genelde iyi midir?			
<b>5a.</b> Şu anda gözlem gerektiren tıbbi tedavi almakta mısınız? (alkol/uyuşturucu ile ilgili sorunlar)			
<b>5b.</b> Şu anda herhangi bir ilaç, hap, tablet veya iğne kullanmakta mısınız?			
<b>5c.</b> Hiç hastahane de tedavi gördünüz, ameliyat oldunuz veya önemli bir trafik kazası geçirdiniz mi?			
<b>5d.</b> Hiç radyum, radyoterapi veya kemoterapi tedavisi gördünüz mü?			
<b>6. Daha önce hiç:</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Eğer gerekiyorsa detay ve tarih veriniz.</b>
<b>6a.</b> Migren geçirdiniz mi?			
<b>6b.</b> Kriz, baygınlık nöbeti, bilinç kaybı veya epilepsi geçirdiniz mi?			
<b>6c.</b> Zihinsel bozukluk, sinir krizi, sinirsel bozukluk veya depresyon gibi rahatsızlıklar geçirdiniz mi?			
<b>6d.</b> Kas zayıflığı, felç, veya başka nörolojik bozukluk geçirdiniz mi?			
<b>6e.</b> Yüksek tansiyonunuz oldu mu?			
<b>6f.</b> Herhangi bir kalp problemi geçirdiniz mi?			
<b>6g.</b> Astım, bronşit, tüberküloz, veya başka göğüs hastalığı geçirdiniz mi?			

<b>6h.</b> Mide veya on iki parmak bağırsağı ülseri veya başka sindirim veya bağırsak rahatsızlığı geçirdiniz mi?			
<b>6i.</b> Böbrek hastalığı veya mesane sorunu (taş veya kum dahil olmak üzere) geçirdiniz mi?			
<b>6j.</b> Arterit, romatizma veya gut hastalığı geçirdiniz mi?			
<b>6k.</b> Herhangi bir sırt veya eklem rahatsızlığı (disk kayması dahil) geçirdiniz mi?			
<b>6l.</b> Hastalıklara karşı direnç göstermeyi (bağışıklık) azaltan herhangi bir kan hastalığı geçirdiniz mi?			
<b>6m.</b> Herhangi bir deri hastalığı geçirdiniz mi?			
<b>6n.</b> Herhangi bir alerji veya bozukluk geçirdiniz mi?			
<b>6o.</b> Şeker hastalığınız var mı?			
<b>6p.</b> Göz rahatsızlığı geçirdiniz mi?			
<b>6q.</b> Kulak rahatsızlığı (kulaklardan sıvı gelmesi dahil) geçirdiniz mi?			
<b>6r.</b> Baş dönmeniz var mı? Hiç böyle bir rahatsızlık geçirdiniz mi?			
<b>6s.</b> Kırık veya fitik geçirdiniz mi?			
<b>6t.</b> Varisli damar rahatsızlığı geçirdiniz mi?			
<b>6u.</b> Herhangi bir alkol veya uyuşturucu ile ilgili sorun veya hastalık geçirdiniz mi?			
<b>6v.</b> Diğer rahatsızlık veya hastalıklarınız.			

## 7. Mesleki Geçmiř

Başlangıç tarihi	Bitiş tarihi	Yapılan iş hakkında kısa bilgi	İşveren	Belirli herhangi bir tehlike veya kaza atlattınız mı?

## 8. Hobi ve çalışmaların Detayları

--

## 9. Aşı Detayları

- Tetanos tarihi / En son yapılan güçlendirici aşı
- Başka aşıların listesini ve tarihlerini aşağıya yazınız.

--

**10. Aile Geçmişi – Ailenizde kalıtsal veya aileden gelen bir hastalık var mı?**

**Evet**  **Hayır**

**Cevap Evet ise, lütfen ayrıntıları ekleyiniz.**

<b>11. Önceki Çalıştığınız İş Yeri ile ilgili Sağlık Bildirimi</b>			
<b>Lütfen uygun olana ✓ işareti koyunuz</b>	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>	<b>Eğer gerekiyorsa, detay ve tarih veriniz.</b>
a. Son 12 ay içinde herhangi bir iş veya sigorta için girdiğiniz sağlık testinden başarısız bulundunuz mu?			
b. Herhangi bir işten sağlık nedenleri veya devamsızlık yüzünden ayrıldınız mı?			
c. Başka bir işten sağlık nedenleriyle ayrıldınız mı?			
d. Daha önce hiç tıbben reddedildiğiniz oldu mu?			

<b>12. Son iki yıl içinde bir doktora başvurduunuz veya tedavi gördünüz mü?</b>					
<b>Lütfen uygun kutuya ✓ koyunuz.</b>	<b>Evet</b>		<b>Hayır</b>		<b>Cevap Evet ise, lütfen detayları aşağıya ekleyiniz.</b>
<b>Şikayetlerin türü (Her hastalık için ayrı bir satır kullanınız)</b>	<b>Hastalığın başlama ve bitiş tarihleri (tahmini en yakın tarihler)</b>			<b>Okula , vs veya işe devam edilemeyen günlerin toplam sayısı</b>	<b>Hastalığın tespit edilmediği ni (E veya H) olarak belirtiniz.</b>

**(Eğer daha fazla yer gerekli olursa ayrı bir kağıda devam edip asıl forma ekleyiniz.)**

**13.** Doktorunuzdan ve/veya hastane uzmanınızdan sağlık raporu getirmeniz gerekli olabilir. Çeşitli haklara sahipsiniz. Rapor talep ettiğimiz takdirde kullanılmak üzere, ekteki ilgili onay formundaki bilgileri okuyup, gerekli yerleri doldurunuz.

**14.** Burada verdiğim tüm bilgilerin, tam ve doğru olduğunu ve bilgim dahilinde bulunduğunu beyan ederim.

İmza:

Tıbbi muayeneye tabi tutulmam gerekebileceğini anlıyor ve kabul ediyorum.

Tarih: