



**MUAYENE RAPORU DÜZENLEME İŞLEMİ BAŞVURU VE KONTROL FORMU**

Başvuru Sahibi	
TC Kimlik No./Pasaport No.	
Posta Adresi	
E-posta Adresi	
Tel. No.	
Muayene Olunan Havacılık Tıp Merkezi	<b>LOKMAN HEKİM İSTANBUL HASTANESİ</b>
Çalıştığı Şirket Adı (Varsa)	
Muayene Tarihi	

Havacılık Muayeneleri, Sağlık Sertifika ve Sağlık Muayene Rapor İşlemleri genelgesi hükümlerine göre gerekli belgeler düzenlenerek aşağıda belirtilen sıraya göre gönderilecektir.		V	Y	N/A
1	Muayene raporu düzenleme işlemi başvuru ve kontrol formu.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Nüfus cüzdanı ya da yerine geçen resmi belge fotokopisi.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Üst yazı (Elverişlilik/Elverişsizlik/Kısıtlama/Muayene terk gibi bilgileri içeren).	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Kabin ekibi ve diğer havacılık personeli sağlık kurul formu.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Kabin ekibi ve diğer havacılık personeli muayene başvuru formu.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Kabin ekibi ve diğer havacılık personeli tıbbi uygunlukta azalma bildirim formu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Konsültasyon raporları.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Diğer raporlar (Daha önce hastalık veya ameliyat geçirilmiş ise epikriz vs.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	EKG ve raporu.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Odyometri	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Görme alanları.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Solunum fonksiyon testi ve raporu.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Epworth uykululuk ölçeği.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Akıl sağlığı değerlendirme formu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	PA Akciğer Grafisi.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Kan tahlilleri.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	İdrar tetkiki.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Diğer raporlar (Daha önce hastalık veya ameliyat geçirilmiş ise epikriz vs.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Diğer tetkikler (yapıldı ise ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Eski Kabin Ekibi Muayene Raporu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Yeni Kabin Ekibi Muayene Raporu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıda belirtilen bilgilerin doğruluğunu, tarafımda kontrol edildiğini ve eksiksiz olarak EK'li dosyasında sunulduğunu beyan ve taahhüt ederim.

AME  
(İsim) (İmza)

AeMC Başkanı  
(İsim) (İmza)

**Kontrol listesinde kullanılan kısaltmalar: V: Var Y:Yok N/A: Gereksiz**

Muayene Raporu Düzenleme İşlemi Başvuru ve Kontrol Formu

Doküman No: SHGM.UOD.20281427.FR.44

Yürürlük Tarihi: 03/11/2017

Revizyon No - Tarihi 03 - 03.03.2023

1 / 1



KABİN EKİBİ VE DİĞER HAVACILIK PERSONELİ SAĞLIK KURUL RAPORU  
MEDICAL BOARD REPORT FOR CABIN CREW AND OTHER AVIATION PERSONNEL



TIBBİ GİZLİ EVRAK  
MEDICAL IN CONFIDENCE

FOTO  
PHOTO

Rapor No, Report no.	
Havacılık Tıp Merkezi Adı (AeMC), Name of AeMC	LOKMAN HEKİM İSTANBUL HASTANESİ
Muayene Tarihi, Exam. Date	

Başvuru Sahibinin Adı Soyadı Name and Surname of Applicant	Doğum Tarihi Birth Date	Milliyeti Nationality	Cinsiyeti Sex	Şirketi Company
		T.C	<input type="checkbox"/> Erkek, Male <input type="checkbox"/> Kadın, Female	
Muayene Kategorisi Examination Category	Muayene Sınıfı Examination Class	Bir Önceki Muayene Tarihi Latest Exam. Date	Kan Basıncı Blood Pressure	Nabız Pulse
<input type="checkbox"/> İlk, Initial <input type="checkbox"/> Diğer, Other <input type="checkbox"/> Kaza Kırım, Accident Crash <input type="checkbox"/> Alkol-Psikoaktif Madde Tarama, Alcohol-Drug Abuse Control			Sistolik Systolic	Diastolik Diastolic
			Hız Rate	Ritm Rythm
<b>Bulgu ve Tetkiklerin Özeti, Tanı ve Tıbbi Yorumlar, Tedavi Verilmiş İse İçerik ve Süresi</b> <b>Summary of Investigations, Diagnose and Medical Comments, Content and Duration of Treatment if Given</b>				
İç Hastalıkları Internal Medicine				
Göz Ophtalmology				
KBB Otorhinolaryngology				
Nöroloji Neurology				
Psikiyatri Psychiatry				
Diğer Other				
Karar Decision	Havacılık Sağlık Talimatı (SHT-MED) hükümlerine göre, According to SHT-MED <input type="checkbox"/> Elverişlidir, Fit / <input type="checkbox"/> Elverişli Değildir, Unfit			
Sağlık Kurulu Başkanı AeMC Bşk / AME Head of Health Board	İç Hastalıkları Uzmanı Internal Medicine Specialist	Göz Hastalıkları Uzmanı Ophtalmology Specialist	KBB Hastalıkları Uzmanı Otorhinolaryngology Specialist	Nöroloji Uzmanı Neurology Specialist

Baş hekim Onayı

APPROVAL of CHIEF  
PHYSICIAN

Kabin Ekibi ve Diğer Havacılık Personeli Sağlık Kurul Raporu  
Medical Board Report For Cabin Crew And Other Aviation Personnel

Doküman No: SHGM.UOD.20281427.FR.48

Yürürlük Tarihi: 01.07.2011

Revizyon No/ Tarihi: 03 - 03.03.2023

1//1



KABİN EKİBİ VE DİĞER HAVACILIK PERSONELİ MUAYENE BAŞVURU FORMU  
APPLICATION FORM FOR CABIN CREW AND OTHER AVIATION PERSONNEL



Bu sayfayı tam olarak ve büyük harflerle doldurunuz  
Complete this page fully and in block capitals

TIBBİ GİZLİ EVRAK  
MEDICAL IN CONFIDENCE

Soyadı, Surname:	Başvuru, Application:		
	<input type="checkbox"/> İlk, Initial <input type="checkbox"/> Periyodik, Periodical <input type="checkbox"/> Kaza Kırım, Accident Crash <input type="checkbox"/> Diğer, Other <input type="checkbox"/> Alkol-Psikoaktif Madde Tarama, Alcohol-Drug Abuse Control		
Adı, Forename(s):	Doğum Tarihi, Birth Date:	Cinsiyet, Sex:	Bir Önceki Sağlık Muayene Tarihi, Latest Medical Examination Date:
		<input type="checkbox"/> Erkek, Male <input type="checkbox"/> Kadın, Female	
Doğum yeri ve ülkesi Place 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 / Phone:		
Alkol kullanıyor musunuz? Do you drink Alcohol? <input type="checkbox"/> Hiç kullanmadım, Never <input type="checkbox"/> Bıraktım (Bırakılan tarih), Quit drinking (Date) <input type="checkbox"/> Kullanıyorum (Haftalık ortalama miktarı) Drinking (Average Weekly intake)	Tütün kullanıyor musunuz? Do you Smoke? <input type="checkbox"/> Hiç kullanmadım, Never <input type="checkbox"/> Bıraktım (Bırakılan tarih), Quit smoking (Date) <input type="checkbox"/> Kullanıyorum (Miktarı), Smoking (Intake)	Şu anda herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Do you currently use any medication? <input type="checkbox"/> Hayır, No <input type="checkbox"/> Evet (İlacı, dozunu, başlama tarihi ve nedeni) Yes (State medication, dose, date started and why)	

GENEL VE TIBBİ GEÇMİŞ, GENERAL AND MEDICAL HISTORY:

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			Baş dönmesi veya bayılma nöbetleri, Dizziness or fainting spells			Aile Geçmişi Family record:		
Herhangi bir dönemde gözlük / kontakt lens kullanımı Spectacles and / or contact lenses ever worn			Burun, boğaz veya konuşma bozukluğu, Nose, throat or speech disorder			Son sağlık muayenesinden bu yana doktor ziyareti, Visit to medical practitioner since last medical examination			Kalp hastalığı Heart disease		
Saman nezlesi, diğer alerjiler Hay fever, other allergy			Nörolojik bozukluklar; inme, epilepsi, nöbet, felç, vs. Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc.			Hastane yatışı Admission to hospital			Yüksek tansiyon High blood pressure		
Son sağlık muayenesinden bu yana gözlük / kontakt lens reçetesi değişmiş midir Spectacle contact lens prescriptions change since last medical exam			Her türlü psikolojik/psikiyatrik bozukluk, Psychological /psychiatric trouble of any sort			Askerlik öncesinde veya sırasında sağlık sebebiyle ret Medical rejection from or for military service			Yüksek kolesterol düzeyi, High cholesterol level		
Anemi/Orak Hücre taşıyıcılığı, diğer kan hastalıkları Anaemia/sickle cell trait / other blood disorders			Daha önce, kabin memurluğuna elverişsizlik kararı, Former unfit decision to perform cabin crew duties			Yaralanma veya hastalık nedeniyle maaş veya tazminat verilmesi, Award of pension or compensation for injury or illness			Epilepsi (Sara) Epilepsy		
Kalp veya damar sorunu Heart or vascular trouble			Herhangi bir nedenle bilinç kaybı, Unconsciousness for any reason			Hayat sigortası reddi Refusal of life insurance			Akıl hastalığı Mental illness		
Yüksek veya düşük tansiyon High or low blood pressure			Kafa yaralanması veya şok Head injury or concussion			Hepatit B veya Hepatit C Hepatitis B or Hepatitis C			Diyabet (Şeker) Diabetes		
Geçirilmiş kalp ameliyatı Cardiac surgery			Sık veya ciddi baş ağrıları Frequent or severe headaches			Başka hastalık veya yaralanmalar, Any other illness or injury			Tüberküloz (Verem) Tuberculosis		
Böbrek taşı veya idrarda kan Kidney stone or blood in urine			Alkol/ilâç/madde kötüye kullanımı, Alcohol /drug/ substance abuse			Pozitif HIV testi Positive HIV test			Alerji/astım/egzama Allergy/asthma/ eczema		
Şeker hastalığı, hormonal bozukluk, Diabetes, hormone disorder			İntihar girişimi, Attempted suicide			Yalnızca kadınlar Females only:			Kalıtılabilir bozukluklar Inherited disorders		
Guatr veya geçirilmiş tiroid ameliyatı, thyroid surgery or guatr			İlaçla tedavi gerektiren taşıt tutması, Motion sickness requiring medication			Jinekolojik veya menstruasyon sorunları, Gynaecological, menstrual problems			Glokom Glaucoma		
Mide, karaciğer veya barsak sorunu, Stomach, liver or intestinal trouble			Sıtma veya diğer tropikal hastalıklar, Malaria or other tropical disease			Hamile misiniz? Are you pregnant?					
Astım, akciğer hastalıkları Asthma, lung disease			Cinsel yolla bulaşan hastalıklar Sexually transmitted disease								

İMZA/SIGNATURE

Tarih

Date

Başvuranın imzası

Signature of Applicant

AME veya Yetkili Tabibin İmzası ve Kaşesi

Signature and stamp of AME or DmE

Kabin Ekibi ve Diğer Havacılık Personeli Sağlık Muayene Başvuru Formu

Application Form For Cabin Crew And Other Aviation Personnel

Doküman No: SHGM.UOD.20281427..FR.47

Yürürlük Tarihi: 01.07.2011

Revizyon No/ Tarihi: 04 - 03.03.2023

1 / 2



KABİN EKİBİ VE DİĞER HAVACILIK PERSONELİ MUAYENE BAŞVURU FORMU  
APPLICATION FORM FOR CABIN CREW AND OTHER AVIATION PERSONNEL



Bu sayfayı tam olarak ve büyük harflerle doldurunuz  
Complete this page fully and in block capitals

TIBBİ GİZLİ EVRAK  
MEDICAL IN CONFIDENCE

**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 Lisans otoritesinin/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.

**DECLARATION:** 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.

İMZA/SIGNATURE

Tarih  
Date

Başvuranın imzası  
Signature of Applicant

AME veya Yetkili Tabibin imzası ve Kaşesi  
Signature and stamp of AME or DmE



SAĞLIK SERTİFİKA MUAYENE RAPORU  
MEDICAL EXAMINATION REPORT FORM



<b>(201) Muayene Kategorisi</b> Examination category <input type="checkbox"/> İlk, Initial <input type="checkbox"/> Yenileme / Renewal <input type="checkbox"/> Temdit / Revalidation <input type="checkbox"/> Özel yönlendirme / Special referral	<b>(202) Boy / Height</b> (cm)	<b>(203) Kilo / Weight</b> (kg)	<b>(204) Göz Rengi / Eye</b> Colour	<b>(205) Saç Rengi /</b> Hair Colour	<b>(206) Kan basıncı - oturarak /</b> Blood pressure-seated (mmHg) Sistolik / Systolic Diastolik / Diastolic	<b>(207) Nabız - Dinlenme /</b> Pulse - resting Oran / Rate (bpm) Ritm/ Rhythm <input type="checkbox"/> Reg <input type="checkbox"/> Irreg
<b>Klinik muayene:</b> Her maddeyi işaretleyiniz <b>Clinical Examination:</b> Check each item	Normal / Normal	Anormal/ Abnormal			Normal / Normal	Anormal/ Abnormal
<b>(208) Baş, yüz, boyun, saçlı deri / Head, face, neck, scalp</b>	+				<b>(218) Abdomen, fıtıklar, karaciğer, dalak / Abdomen,</b> hernia, liver, spleen	+
<b>(209) Ağız, boğaz, dişler / Mouth, throat, teeth</b>	+				<b>(219) Anüs, rektum / Anus, rectum</b>	+
<b>(210) Burun, sinüsler / Nose, sinuses</b>	+				<b>(220) Genito-üriner sistem / Genito-urinary system</b>	+
<b>(211) Kulak, kulak zarı, kulak zarı motilitesi / Ears, drums,</b> eardrum motility	+				<b>(221) Endokrin sistem / Endocrine system</b>	+
<b>(212) Gözler-orbita ve ekleri, görme alanları / Eyes - orbit</b> & adnexa; visual fields	+				<b>(222) Üst ve alt ekstremiteler, eklemler / Upper &amp; lower</b> limbs, joints	+
<b>(213) Gözler - pupiller ve göz dibi / Eyes - pupils and optic</b> functi	+				<b>(223) Omurga, diğer iskelet-kas sistemi / Spine, other</b> musculoskeletal	+
<b>(214) Gözler - göz hareketleri, nistagmus / Eyes - ocular</b> motility; nystagmus	+				<b>(224) Nöroloji - refleksler / Neurologic - reflexes, etc.</b>	+
<b>(215) Akciğerler, göğüs, memeler / Lungs, chest, breasts</b>	+				<b>(225) Psikiyatri / Psychiatric</b>	+
<b>(216) Kalp / Heart</b>	+				<b>(226) Cilt, belirleyici işaretler ve lenfatikler / Skin,</b> identifying marks and lymphatics	+
<b>(217) Damar sistemi / Vascular system</b>	+				<b>(227) Genel sistemik / General systemic</b>	+
<b>(228) Notlar:</b> Her anormal bulguyu tanımlayınız. Her yorumdan önce uygun madde numarasını giriniz. <b>Notes:</b> Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment.						
<b>Görme Keskinliği / Visual Acuity:</b>						
<b>(229) 5m/6m'de Uzak Göüş</b>	Düzeltilmemiş / Uncorrected	Gözlük / Glasses	Kontakt Lens / Contact Lenses	<b>(235) İdrar Tahlili / Urinalysis</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal / Abnormal		
Sağ Göz / Right Eye	Düzeltilme / Corrected to			Şeker / Glucose	Protein/Protein	Kan/Blood
Sol Göz / Left Eye	Düzeltilme / Corrected to			Diğer / Other		
Her İki Göz / Both Eyes	Düzeltilme / Corrected to			<b>(236) Pulmoner Fonksiyon / Pulmonary</b> <b>(237) Hemoglobin / Haemoglobin:</b> Function: FEV <sub>1</sub> / FVC _____ % _____ (gr / dl) <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal / Abnormal <input type="checkbox"/> Anormal / Abnormal		
<b>(230) Orta Görüş 100 cm de N14</b> <b>Düzeltilmemiş / Uncorrected</b> <b>Düzeltilmiş / Corrected</b> Intermediate Vision N14 at 100cm				<b>Eşlik eden tetkikler</b> <b>Accompanying reports</b>		
Sağ Göz / Right Eye	Evet/Yes	Hayır/No	Evet/Yes	Hayır/No	<b>(238) EKG / ECG</b>	
Sol Göz / Left Eye					<b>(239) Odyogram / Audiogram</b>	
Her İki Göz / Both Eyes					<b>(240) Oftalmoloji / Ophthalmology</b>	
<b>(231) Yakın Görüş 30-50 cm de N5</b> <b>Düzeltilmemiş / Uncorrected</b> <b>Düzeltilmiş / Corrected</b> Near Vision N5 at 30-50 cm	Evet/Yes	Hayır/No	Evet/Yes	Hayır/No	<b>(241) (KBB) / ORL (ENT)</b>	
Sağ Göz / Right Eye					<b>(242) Kan lipitleri / Blood lipids</b>	
Sol Göz / Left Eye					<b>(243) Pulmoner fonksiyon / Pulmonary</b> function	
Her İki Göz / Both Eyes					<b>(244) Diğer (belirtiniz.) / Other (what?)</b>	
<b>(232) Gözlük / Glasses:</b> <input type="checkbox"/> Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No <b>(233) Kontakt Lens / Contact Lenses:</b> <input type="checkbox"/> Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No				<b>(247) AME kararı/AME/GMP recommendation:</b>		
Tip / Type:				Başvuru sahibinin adı/Name of applicant: Doğum Tarihi/Date of birth:		
Refraksiyon/Refract				<input type="checkbox"/> Uygun olduğu sınıf / Fit Class		
Sağ Göz / Right Eye				<input type="checkbox"/> Bu tıbbi rapor aşağıdaki lisans için aşağıda adı bulunan kişiler tarafından düzenlenmiştir / Medical certificate issued by undersigned (copy attached) for Class		
Sol Göz / Left Eye				<input type="checkbox"/> Uygun olmadığı sınıf / Unfit for class		
<b>(313) Renk Algılama / Colour Perception:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal / Abnormal				Daha ileri değerlendirme için sevk edilmiştir. Neden ve hangi uzmana?/Referred for further evaluation. If yes, why and to whom?		
Psödo-izokromatik Plaklar / Pseudo Isochromatic Plates				<b>(248) Yorumlar, kısıtlamalar / Comments, limitations:</b>		
Plak Sayısı / No of Plates						
<b>(234) İşitme / Hearing:</b> <b>(239/241 Uygulanmadığında/When 239/241 not</b> Sağ Kulak / Right Ear Sol Kulak / Left Ear						
Fısıltı Testi: Doktora Arkası Dönük 2m Conversational Voice Test at 2m Back Turned						
<b>Odyometri / Audiometry:</b>						
Hz						
Sağ / Right						
Sol / Left						
<b>(249) Yetkili Uçuş Tabibi Beyanı / AME Declaration:</b>						
Ben/AME grubumun bu sağlık muayene raporunda adı geçen başvuru sahibini şahsen muayene ettiğimizi ve bu muayene raporunda ve eklerindeki bulgularımızın tamamının doğru olduğunu beyan ederim / I hereby certify that I/My AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.						
<b>(250) Yer ve tarih / Place and date:</b>				AME sertifikası No. / AME certificate No. / Yetkili Tabip sertifikası No. / DmE identification No.:		
Yetkili Uçuş Tabibinin (AME)/ Yetkili Tabip İmzası AME / DmE signature:				E-posta / E-mail: Telefon No / Telephone No: Faks No / Telefax No:		

Bu sayfayı tam olarak ve büyük harflerle doldurunuz - Ayrıntılar için talimatlar sayfasına bakınız  
Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions for completion

**Başvuru Sahibiyle İlgili Ayrıntılar / Applicant's Details** **TİBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE**

(1) Başvurulan Devlet / State applied to: <b>TÜRKİYE</b>	(2) Başvurulan sağlık sertifikası sınıfı / Medical certificate applied for: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Rapor
(3) Soyadı / Surname:	(4) Önceki soy isim(ler) / Previous surname(s): <b>KABİN</b>
(5) İsim(ler) / Forename(s):	(6) Doğum Tarihi / Date of birth: <input type="text"/> (7) Cinsiyet / Sex: <input type="checkbox"/> Erkek / Male <input type="checkbox"/> Kadın / Female
(12) Başvuru / Application: <input type="checkbox"/> İlk, Initial <input type="checkbox"/> Yenileme / Renewal <input type="checkbox"/> Temdit / Revalidation	

**(301) Tıbbi bilginin açıklanmasının kabul edilmesi:** Bu raporda ve eklerinde bulunan tüm bilgilerin Yetkili Uçuş Tabibine, Yetkili Tabibe ve gerektiğinde lisans veren makamların evrağı olarak tıbbi denetmenlerine verilmesini, bu bilgilerin ve elektronik olarak saklanan bilgilerin sağlık muayenesinin tamamlanması için kullanılacağı anlaşılarak ve bu bilgilere gerektiğinde benim veya doktorumun ulaşabilmesi şartıyla kabul ediyorum. Tıbbi Gizliliğe daima uyulacaktır. / 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 the licensing authority, 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. Medical confidentiality will be respected at all times.

Tarih / Date:	Başvurulanın İmzası / Signature of Applicant:	İMZA/SIGNATURE	AME/ Yetkili Tabip İmzası / Signature of AME/DmE:															
(302) Muayene Kategorisi / Examination category: <input type="checkbox"/> İlk / Initial <input type="checkbox"/> Yenileme / Renewal <input type="checkbox"/> Temdit / Revalidation <input type="checkbox"/> Özel yönlendirme / Special referral	(303) Oftalmolojik geçmişi / Ophthalmological history:																	
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Mevcut Gözlük / Current Spectacles</td> <td>SPH</td> <td>CYL</td> <td>AXIS</td> <td>VA</td> </tr> <tr> <td>Sağ Göz / Right Eye</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sol Göz / Left Eye</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			Mevcut Gözlük / Current Spectacles	SPH	CYL	AXIS	VA	Sağ Göz / Right Eye					Sol Göz / Left Eye				
Mevcut Gözlük / Current Spectacles	SPH	CYL	AXIS	VA														
Sağ Göz / Right Eye																		
Sol Göz / Left Eye																		

**Klinik Muayene / Clinical examination**

Her maddeyi işaretleyiniz / Check each item	Normal	Anormal / Abnormal
(304) Gözler, dış ve gözkapakları / Eyes, external & eyelids		
(305) Gözler, Dış (Biomikroskopi) / Eyes, Exterior (Slit lamp,ophth)		
(306) Göz pozisyonu ve hareketleri / Eye position and movements		
(307) Görme alanları (karşılıklı) / Visual fields		
(308) Pupillary reflexes / Pupillary reflexes		
(309) Göz dibi (Oftalmoskopi) / Fundi (Ophthalmoscopy)		
(310) Konverjans / Convergence	cm	
(311) Akomodasyon / Accommodation	D	
(312) Oküler kas dengesi (prizmatik diyoptri) / Ocular muscle balance (in prisme dioptres)		

Uzak görüş 5M/6m'de / Distant at 5m/6m	Yakın görüş 30-50 cm'de / Near at 30-50 cm
Ortho / Ortho	Ortho / Ortho
Eso	Eso
Ekzo / Exo	Ekzo / Exo
Hiper / Hyper	Hiper / Hyper
Siklo/Cyclo	Siklo/Cyclo
Tropi/Tropia <input type="checkbox"/> E / Y <input type="checkbox"/> H / N	Fori/Phoria <input type="checkbox"/> E / Y <input type="checkbox"/> H / N
Füzyon rezerv testi / Fusional reserve testing <input type="checkbox"/> Yapılmadı / Not Performed <input type="checkbox"/> Nomal <input type="checkbox"/> Anormal / Abnormal	

(313) Renk algılama / Colour perception	
Psödo-İzokromatik plaklar / Pseudo-Isochromatic plates	Tip: Ishihara (24 plak) / Type: Ishihara (24 plates)
Plak sayısı / No of plates:.....	Hata sayısı / No of errors:.....
İleri renk algılama testleri gerekiyor mu? / Advanced colour perception testing indicated? <input type="checkbox"/> Evet/Yes <input type="checkbox"/> Hayır/No	
Metod / Method:.....	
<input type="checkbox"/> Renk Algılama EMİN / Colour SAFE <input type="checkbox"/> Renk Algılama EMİN DEĞİL / Colour UNSAFE	

**(321) Oftalmolojik Yorumlar ve Tavsiyeler / Ophthalmological remarks and recommendation:**

(Yorumlar / Remarks)

**(322)Göz Hastalıkları Uzmanının Beyanı / Examiner's declaration:** Ben/AME grubumun bu muayene raporunda adı geçen başvuru sahibini şahsen muayene ettiğimizi ve muayene raporunda ve eklerindeki bulgularımın tamamının doğru olduğunu beyan ederim. / I hereby certify that I / my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.

(323) Yer ve tarih / Place and date:	Göz Hst.Uzmanının Adı ve Adresi: (Büyük harflerle) / Ophth examiner's name and address: (Block Capitals)	AME, Yetkili Tabip veya uzmanın kaşesi ve No. / AME,DmE or specialist stamp with No.:
AME, Yetkili Tabip imzası / AME signature:	E-posta / E-mail: Telefon No / Telephone No: Faks No / Telefax No:	

**Görüş Keskinliği / Visual Acuity**

(314) 5M/6m'den Uzak görüş / Distant vision at 5m/6m	Düzeltilmemiş / Uncorrected	Gözlük / Spectacles	Kontakt Lens
Sağ Göz / Right Eye	Corrected to		
Sol Göz / Left Eye	Corrected to		
İki Göz / Both Eyes	Corrected to		

(315) Orta Mesafe Görüş 1m'de / Intermediate vision at 1m	Düzeltilmemiş / Uncorrected	Gözlük / Spectacles	Kontakt Lens
Sağ Göz / Right Eye	Corrected to		
Sol Göz / Left Eye	Corrected to		
İki Göz / Both Eyes	Corrected to		

(316) Yakın görüş 30-50 cm'de / Near vision at 30-50 cm	Düzeltilmemiş / Uncorrected	Gözlük / Spectacles	Kontakt Lens
Sağ Göz / Right Eye	Corrected to		
Sol Göz / Left Eye	Corrected to		
İki Göz / Both Eyes	Corrected to		

(317) Refraksiyon/Refraction	Sph	Cyl	Axis	Near (Add)
Sağ Göz / Right Eye				
Sol Göz / Left Eye				

Muayene edilen gerçek refraksiyon Gözlük Reçetesinin dayandığı / Actual refraction examined Spectacles prescription based.

(318) Gözlük / Spectacles	(319) Kontakt Lens / Contact Lenses
<input type="checkbox"/> Evet/Yes <input type="checkbox"/> Hayır/No	<input type="checkbox"/> Evet/Yes <input type="checkbox"/> Hayır/No
Tip / Type:	Tip / Type:

(320) Göz İçi Basınç / Intra-ocular Pressure	
Sağ / Right (mmHg)	Sol / Left (mmHg)
Metod / Method: <b>Air-puff</b> <input type="checkbox"/> Nomal <input type="checkbox"/> Anormal / Abnormal	



**KBB MUAYENE RAPORU**  
**OTORHİNOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT FORM**

Bu sayfayı tam olarak ve büyük harflerle doldurunuz - Ayrıntılar için talimatlar sayfasına bakınız Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions for completion			
<b>Başvuru Sahibiyle İlgili Ayrıntılar / Applicant's Details</b>			<b>TIBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE</b>
(1) Başvurulan Devlet / State applied to:	(2) Başvurulan sağlık sertifika sınıfı / Medical certificate applied for: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Rapor		
(3) Soyadı / Surname:	(4) Önceki soy isim(ler) / Previous surname(s):	Unvan / Title	(13) Referans numarası(Uygunsa)/ Reference number(if
(5) İsim(ler) / Forename(s):	(6) Doğum Tarihi / Date of birth:	(7) Cinsiyet / Sex: <input type="checkbox"/> Erkek / Male <input type="checkbox"/> Kadın / Female	(12) Başvuru / Application: <input type="checkbox"/> İlk, Initial <input type="checkbox"/> Yenileme / Renewal <input type="checkbox"/> Temdit / Revalidation
(401) Tıbbi bilginin açıklanmasının kabul edilmesi: Bu raporda ve eklerinde bulunan tüm bilgilerin Yetkili Uçuş Tabibi ve Yetkili Tabibe ve gerektiğinde lisans veren makamların evrağı olarak tıbbi denetmenlerine verilmesini, bu bilgilerin ve elektronik olarak saklanan bilgilerin sağlık muayenesinin tamamlanması için kullanılacağını anlayarak ve bu bilgilere gerektiğinde benim veya doktorumun ulaşabilmesi şartıyla kabul ediyorum. Tıbbi Gizliliğe daima uyulacaktır. <b>Consent to release of medical information:</b> 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 the licensing authority, recognising that these documents, or any 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. Medical confidentiality will be respected at all times.			
Tarih / Date:	Başvuranın imzası / Signature of Applicant: <div style="text-align: center;">İMZA/SIGNATURE</div>		AME Yetkili Tabip imzası / Signature of AME, DmE:
(402) Muayene Kategorisi / Examination category: <input type="checkbox"/> İlk / Initial <input type="checkbox"/> Yenileme / Renewal <input type="checkbox"/> Temdit / Revalidation <input type="checkbox"/> Özel yönlendirme / Special referral		(403) KBB Geçmişi / Otorhinolaryngology History:	

**Klinik Muayene / Clinical examination**

Her maddeyi işaretleyiniz / Check each item	Normal	Anormal/ Abnormal
(404) Baş, yüz, boyun, saçlı deri / Head, face, neck, scalp	+	
(405) Ağız boşluğu, dişler / Buccal cavity, teeth	+	
(406) Farenks / Pharynx	+	
(407) Burun boşlukları (nazal pasaj) ve nazofarenks (Anterior rinoskopi dahil) / Nasal passages and nasopharynx (incl. anterior rhinoscopy)	+	
(408) Vestibüler sistem (Romberg testi dahil) / Vestibular system incl. Romberg test	+	
(409) Konuşma / Speech	+	
(410) Sinüsler / Sinuses	+	
(411) Dış kulak yolu, kulak zarı / Ext acoustic meati, tympanic membranes	+	
(412) Pnömatik otoskopi / Pneumatic otoscopy	+	
(413) İmpedans timpanometrisi Valsalva manevrası dahil (sadece ilk başvuruda) / Impedance tympanometry including Valsalva manoeuvre (initial only)	+	
<b>Ek Testler (Gerekirse) / Additional Testing (If Indicated)</b>	Yapılmadı / Not Performed	Normal
(414) Konuşma odyometrisi / Speech audiometry		Anormal/ Abnormal
(415) Posterior rinoskopi / Posterior rhinoscopy		
(416) EOG; spontan ve pozisyona bağlı nistagmus / EOG; spontaneous and positional nystagmus		
(417) Diferansiyel kalorik test veya vestibüler otorotasyon testi / Differential vestibular autorotation test/caloric test		
(418) Ayna veya fiber laringoskopi / Mirror or fibre laryngoscopy		

**(419) Saf Ton Odyometri / Pure tone audiometry**  
dB HL (Duyuma Düzeyi) / dB HL (Hearing Level)

Hz	Sağ Kulak / Right Ear	Sol Kulak / Left Ear
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

**(420) Odyogram / Audiogram**

dB/HL	o = Sağ / Right ..... = Hava / Air							
	x = Sol / Left ..... = Kemik / Bone							
-10								
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
110								
120								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

<b>Yorumlar / Remarks:</b>		
(422) KBB Uzmanının Beyanı / Examiner's declaration: Ben/AME grubumun bu KBB muayene raporunda adı geçen başvuru sahibini şahsen muayene ettiğimizi ve muayene raporunda ve eklerindeki bulgularımın tamamının doğru olduğunu beyan ederim. / I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.		
(423) Yer ve tarih / Place and date:	KBB Uzmanının Adı ve Adresi: (Büyük harflerle) / ORL examiner's name and address: (block capitals)	KBB Uzmanının Kaşesi ve numarası / AME or specialist stamp with No:
AME, Yetkili Tabip imzası / AME, DmE signature:	E-posta / E-mail: Telefon No / Telephone No: Faks No / Telefax No:	





# EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ

## EPWORTH SLEEPINESS SCALE



TİBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE

Lisans Tipi ve Numarası, License Type and No:					
Muayene Tarihi, Examination Date:					
Havacılık Tıp Merkezi, AeMC:		LOKMAN HEKİM İSTANBUL HASTANESİ			
Soyadı Adı, Surname Forname:					
Uyruğu, Nationality:					
Doğum Tarihi, Date of Birth:					
Boy, Height (cm)		Kilo, Weight (kg)		VKi, BMI (kg/m <sup>2</sup> )	
Başvuru, Application:		Cinsiyet, Sex:	Başvurulan Sağlık Sertifikası Sınıfı, Medical Certificate Applied For:	İşveren, Employer:	
<input type="checkbox"/> İlk, Initial <input type="checkbox"/> Temdit, Revalidation		<input type="checkbox"/> Erkek, Male	<input type="checkbox"/> Sınıf 1 <input type="checkbox"/> Sınıf 2	Kanı Basıncı, Blood Pressure	
<input type="checkbox"/> Yenileme, Renewal <input type="checkbox"/> Diğer, Other		<input type="checkbox"/> Kadın, Female	<input type="checkbox"/> Sınıf 3 <input type="checkbox"/> LAPL	Nabız, Rate	
<input type="checkbox"/> Kaza Kırım, Accident Crash			<input type="checkbox"/> Rapor <input type="checkbox"/> Diğer	Sys	Dys
<input type="checkbox"/> Alkol-Psikoaktif Madde Tarama, Alcohol-Drug Abuse Control				Hız, Rate	Ritim, Rhythm
<p>Aşağıdaki durumlarda hangi sıklıkla uyuklama eğilimindedir? (Lütfen kendinizi yorgun hissettiğiniz zamanları değil uyuklama eğiliminde olduğunuz zamanları işaretleyiniz.) Bu test son zamanlardaki durumunuzu yansıtmak üzere planlanmıştır. Aşağıdaki bazı durumlarla son zamanlarda karşılaşmadıysanız bile son karşılaştığınız zamanlarda nasıl olduğunuzu hatırlamaya çalışınız. En önemlisi lütfen soruları yanıtlarken doğruları yansıtmaya özen gösteriniz.</p> <p>How often do you tend to <b>fall asleep</b> in the following situations? (except when you want to sleep or are tired) This test is designed to reflect your recent state. Even if you have not encountered some of the following situations recently, try to remember how you were the last time you encountered them. Most importantly, please take care to reflect the truth while answering the questions.</p>					
Puan, Score:	0 ---- Hiçbir zaman uyuklamam, would never doze (fall a sleep)				
	1 ---- Nadiren uyuklarım, slight chance of dozing (fall a sleep)				
	2 ---- Sıklıkla uyuklarım, moderate chance of dozing (fall a sleep)				
	3 ---- Her zaman uyuklarım, high chance of dozing (fall a sleep)				
	DURUM SITUATION	Hiç Never	Nadiren Slight Chance	Sıklıkla Moderate Chance	Her Zaman High Chance
1	Oturur durumda gazete ve kitap okurken uyuklarmısınız? <b>Do you fall a sleep while Sitting and reading?</b>	0	1	2	3
2	Televizyon seyrederken uyuklarmısınız? <b>Do you fall a sleep while Watching TV?</b>	0	1	2	3
3	Pasif olarak toplum içinde otururken, sinemada yada tiyatrodan uyuklarmısınız?, <b>Do you fall a sleep while Sitting, inactive in a public place (e.g. a theatre or a meeting)?</b>	0	1	2	3
4	Ara vermeden en az 1 saatlik araba yolculuğunda uyuklarmısınız? <b>Do you fall a sleep while As a passenger in a car for an hour without a break?</b>	0	1	2	3
5	Öğleden sonra uzanınca uyuklarmısınız? <b>Do you fall a sleep while Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit?</b>	0	1	2	3
6	Birisi ile oturup konuşurken uyuklarmısınız? <b>Do you fall a sleep while Sitting and talking to someone?</b>	0	1	2	3
7	Alkol almamış, öğle yemeğinden sonra sessiz ortamda otururken uyuklarmısınız? <b>Do you fall a sleep while Sitting quietly after a lunch without</b>	0	1	2	3
8	Trafik birkaç dakika durduğunda, kırmızı ışıktaki arabada beklerken uyuklarmısınız?, <b>Do you fall a sleep while In a car, while stopped for a few minutes in the traffic?</b>	0	1	2	3
TOPLAM / TOTAL					
Başvuranın imzası / Signature of Applicant		"AME'nin imzası ve Kaşesi (Tanık) Signature of AME (Witness)"			
İMZA/SIGNATURE					

EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ / EPWORTH SLEEPINESS SCALE

Doküman No: SHGM.UOD.20281427.FR.50

Yürürlük Tarihi: 03/11/2017

Revizyon No/ Tarihi

02 – 03.03.2023





# AKIL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME FORMU MENTAL HEALTH EVALUATION FORM



TIBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE

Soyadı, Surname:		Lisans Tipi ve Numarası, License Type and No:	
Adı, Forname:		Muayene Tarihi, Examination Date:	
Doğum Tarihi, Date of Birth:		Uyruğu, Nationality:	
Eposta, Email:		Tel. No.:	
Havacılık Tıp Merkezi, AeMC:	LOKMAN HEKİM İSTANBUL HASTANESİ		
Başvuru, Application:	Cinsiyet, Sex:	Başvurulan Sağlık Sertifikası Sınıfı, Medical Certificate Applied For:	İşveren, Employer:
<input type="checkbox"/> İlk, Initial <input type="checkbox"/> Alkol-Psikoaktif Madde Tarama, Yenileme, Renewal <input type="checkbox"/> Temdit, Revalidation <input type="checkbox"/> Kaza Kırım, Accident Crash <input type="checkbox"/> Diğer, Other	<input type="checkbox"/> Erkek, Male <input type="checkbox"/> Kadın, Female	<input type="checkbox"/> Sınıf 1 <input type="checkbox"/> Sınıf 2 <input type="checkbox"/> Sınıf 3 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Rapor	

Ruh sağlığı değerlendirmesi, değerlendirme ve belgelendirmeyi içermelidir (eğer cevap ANORMAL ise formun arka sayfasına aşağıdaki sorgu numarası ile açıklama giriniz)

The mental health assessment should include assessment and documentation of (if the answer is ABNORMAL please write comment to the back of the form with reference no below)

1. Kendisinin yada diğer uçucu personelde zihinsel sağlığın düşüşüne dair olası göstergelerinin anlaşılması dahil zihinsel sağlığa yönelik genel tutum  
General attitudes to mental health, including understanding possible indications of reduced mental health in themselves and others

2. Geçmişte yaşanan psikolojik stres yada baskılara karşı, başkalarından tavsiye almak da dahil, baş etme stratejilerinin kullanımı  
Coping strategies under periods of psychological stress or pressure in the past, including seeking advice from others

3. Çocukluk çağı davranış problemleri  
Childhood behavioural problems

4. Kişilerarası ve ilişkiler sorunları  
Interpersonal and relationship issues

5. Mevcut iş ve yaşam stresleri  
Current work and life stressors

6. Açık kişilik bozuklukları  
Overt personality disorders

7. Operasyonel ekip kaynak yönetimi ile ilgili zorluk  
Any difficulties with operational crew resource management

8. Çalışanlar ve / veya diğer mesai arkadaşları ve yöneticileri ile zorluk  
Any difficulties with employer and/or other colleagues and managers

9. Akrabalar, arkadaşlar ve iş arkadaşları ile ilgili zorluklar dahil kişilerarası ve ilişkiler sorunları.  
Interpersonal and relationship issues, including difficulties with relatives, friends, and work colleagues.

Endişenin belirtileri bunlarla sınırlı olmamak üzere şunları içerir (eğer cevap EVET ise formun arka sayfasına sorgu numarası ile açıklama giriniz)  
Symptoms of concern may include but are not limited to (if the answer is YES please write comment to the back of the form with reference no)

10. Alkol veya diğer psikoaktif maddelerin kullanımı  
Use of alcohol or other psychoactive substances

11. İlgi / Enerji kaybı  
Loss of interest/energy

12. Yeme ve kilo değişiklikleri  
Eating and weight changes

13. Uyku Problemleri  
Sleeping problems

14. Moral bozukluğu ve eğer varsa intihar düşünceleri  
Low mood and, if present, any suicidal thoughts

15. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, özellikle intihar  
Family history of psychiatric disorders, particularly suicide

16. Öfke, ajitasyon veya yüksek ruh hali  
Anger, agitation or high mood

17. Duyarsızlaşma ve kontrol kaybı  
Depersonalisation or loss of control

Ruh sağlığı muayenesi yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır;

The following aspects should be taken into consideration when conducting the mental health examination;

Görünüm; Appearance;	Düşünce süreci ve içeriği; Thoughts process and
Tutum; Attitude;	Algı; Perception;
Davranış; Behaviour;	Biliş; Cognition;
Ruh Hali; Mood;	Kavrama; Insight;
Konuşma; Speech;	Yargılama; Judgement;

Uzman Görüşü ve Tavsiye;  
Specialist opinion and advice;

Yer ve tarih / Place and date:	Psikiyatri Uzmanının Adı ve Adresi: (Büyük harflerle) / Psychiatry Specialist name and address: (Block Capitals)	Psikiyatri Uzmanının imzası, kaşesi ve No Psychiatry Specialist specialist stamp with No.:
AME, Yetkili Tabip imzası / AME signature:	E-posta / E-mail: Telefon No / Telephone No: Faks No / Telefax No:	

AKIL SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME FORMU / MENTAL HEALTH EVALUATION FORM

Doküman No:

SHGM.UOD.20281427.FR.52

Yürürlük Tarihi: 06/05/2019

Revizyon No/ Tarih 01 – 03.03.2023



**ALKOL/PSİKOAKTİF MADDE TARAMA TEST SONUÇ FORMU (FORM 1)**  
**ALCOHOL/PSYCHOACTIVE SUBSTANCE SCREENING TEST RESULT FORM (FORM 1)**

Test Bilgileri / Test Information	
Tarih / Date	Saat / Time
<input type="checkbox"/> Uçuş Görev Öncesi/Before Flight Duty	<input type="checkbox"/> Uçuş Görev Sonrası/After Flight Duty
<input type="checkbox"/> Makul Şüphe/Reasonable Doubt	<input type="checkbox"/> Rastgele/Random

Test Uygulanan Personel Bilgileri / Information of Personnel Tested	
Adı, Soyadı / Name, Surname	Cinsiyet/Gender <input type="checkbox"/> Erkek, Male <input type="checkbox"/> Kadın, Female
TC Kimlik No / ID No.	Doğum Tarihi / Date of Birth
Görevi / Duty	
Lisans No. / License No.	
İşveren / Employer	

Testi Uygulayan AeMC / Denetçi Personel Bilgileri / Information of AeMC / Testing Inspector	
Adı, Soyadı / Name, Surname	
Ünvanı / Title	HAVACILIK TIP MERKEZİ KOORDİNATÖRÜ

Test Sonuç Bilgileri / Test Result Information	
Uygulanan Test(ler) / Test(s) Applied	Drug Abuse Tarama Testi
Test(ler) Sonucu / Test(s) Result	

☐ Yukarıdaki testin/testlerin kendi irademle yapıldığını, bana ait olduğunu ve sonucu kabul ediyorum. Bu işlem ile ilgili gerekli bilgi tarafıma verilmiştir. / I agree that the above test(s) are done by my own will, and that is mine and that I accept the result. The necessary information about this process is given to me.

☐ Yukarıdaki testin/testlerin bana ait olduğunu ve/veya sonucu kabul etmiyorum. / I do not accept that the above test(s) are mine or with the result.

☐ Test yaptırmayı kabul etmiyorum. / I do not accept testing.

Tarih / Date

Test Uygulanan Personel  
Tested Personnel  
Adı, Soyadı / Name, Surname  
İmzası / Signature

Test Uygulayan Personel  
Testing Personnel  
Adı, Soyadı / Name, Surname  
İmzası / Signature

☐ Tarafıma tebliğ edilen, okuduğumu ve anladığımı kabul ve beyan ettiğim Aydınlatma Metni ile iş bu açık rıza beyanı kapsamında;

☐ Aşağıda yer alan kişisel verilerimin aramızdaki ilişki kapsamında Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü ve baş vuru yapmış olduğum yetkili havacılık tıp merkezi tarafından,

☐ 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunundaki esaslar ile aşağıda yer alan amaçlar çerçevesinde toplanmasına, kaydedilmesine, saklanmasına, havacılık emniyetini riske atabilecek sağlık durumlarımda yada ulusal ve uluslar arası mevzuatlar gereği bu sağlık verilerimin ulusal ve uluslar arası Yetkili Uçuş tabipleri ile paylaşılmasına ve her halükarda hali hazırda çalışmakta olduğum kurum ile paylaşılmasına hiçbir baskı altında kalmadan, koşulsuz olarak açık bir şekilde rıza gösterdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

☐ Kurum ile aramdaki ilişki sona erdikten sonra kanunda yer alan zamanaşımı sürelerinin sonuna kadar saklanmasına hiçbir baskı altında kalmadan, koşulsuz olarak açık bir şekilde rıza gösterdiğimi kabul, beyan ve taahhüt ederim.

#### ☐ **Tarafımdan Alınan Kişisel Veriler**

☐ “Adli Sicil Kaydı”, “KHK Sorgulaması”, “Alkol Tütün Kullanımı”, “Düzenli İlaç Kullanımı”, “Hastalık Geçmişi”, “GBT Kaydı”, “Oftalmolojik Muayene”, “KBB Muayene”, “Konsültasyon Raporları”, “EKG ve Raporu” “Odyometri”, “Görme Alanları”, “Solunum Fonksiyon Testi ve Raporu”, “Epworth Uykuölçümü”, “Akıl Sağlığı Değerlendirme Formu”, “PA Akciğer Grafisi”, “Kan ve İdrar Tahlilleri”, “Sağlık Raporu”, “Sağlık Raporu”, “Sağlık Verisi”, “Test Sonucu”

#### **Tarafımdan Alınan Kişisel Verilerin İşlenme Amaçları**

- ☐ 1-) Faaliyetlerin Mevzuata Uygun Yürütülmesi
- ☐ 2-) Denetim Etik Faaliyetlerin Yürütülmesi
- ☐ 3-) İş Faaliyetlerinin Yürütülmesi / Denetimi
- ☐ 4-) Görevlendirme Süreçleri
- ☐ 5-) Hukuk İşlerinin Takibi
- ☐ 6-) İş Sağlığı ve Güvenliği Faaliyetlerinin Yürütülmesi

<b>Kişisel Veri</b>	<b>İşleme Faaliyetine Onay</b>
Ceza Mahkumiyeti ve Güvenlik Tedbirlerine İlişkin Bilgiler	
Sağlık Bilgileri	

\* Kabul ediyorsanız kutuların içine “EVET” yazın

**TARİH**

Okudum, Anladım, Kabul Ediyorum

**İMZA**