



MUAYENE RAPORU DÜZENLEME İŞLEMİ BAŞVURU VE KONTROL FORMU

Başvuru Sahibi	Çağatay Yıldız
TC Kimlik No./Pasaport No.	123123123
Posta Adresi	Adress 1.1
E-posta Adresi	revanzekeryeli2002@gmail.com
Tel. No.	5437331470
Muayene Olunan Havacılık Tıp Merkezi	LOKMAN HEKİM İSTANBUL HASTANESİ
Çalıştığı Şirket Adı (Varsa)	Nevera Tech
Muayene Tarihi	01.01.2000

Havacılık Muayeneleri, Sağlık Sertifika ve Sağlık Muayene Rapor İşlemleri genelgesi hükümlerine göre gerekli belgeler düzenlenerek aşağıda belirtilen sıraya göre gönderilecektir.		V	E	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 checked="" 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	Eeni Kabin Ekibi Muayene Raporu	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Yukarıda belirtilen bilgilerin doğruluğunu, tarafımca 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.	233123
Havacılık Tıp Merkezi Adı (AeMC), Name of AeMC	LOKMAN HEKİM İSTANBUL HASTANESİ
Muayene Tarihi, Exam. Date	01.01.2000

Başvuru Sahibinin Adı Soyadı Name and Surname of Applicant	Doğum Tarihi Birth Date	Milliyeti Nationality	Cinsiyeti Sex	Şirketi Company		
Çağatay Yıldız	01.01.2000	T.C	<input checked="" type="checkbox"/> Erkek, Male <input type="checkbox"/> Kadın, Female	Nevera Tech		
Muayene Kategorisi Examination Category	Muayene Sınıfı Examination Class	Bir Önceki Muayene Tarihi Latest Exam. Date	Kan Basıncı Blood Pressure	Nabız Pulse		
<input checked="" 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	Diyastolik Diastolic	Hız Rate	Ritm Rythm
Bulgu ve Tetkiklerin Özeti, Tanı ve Tıbbi Yorumlar, Tedavi Verilmiş İse İçerik ve Süresi Summary of Investigations, Diagnose and Medical Comments, Content and Duration of Treatment if Given						
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	Psikiyatri Uzmanı Psychiatry Specialist	

Baş hekim Onayı

APPROVEL 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 CABİN 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:		
Çağatay Yıldız	<input checked="" 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:
Çağatay Yıldız	01.01.2000	<input checked="" 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:
İzmir	TC		
Daimi adres, Address:	Elektronik Posta adresi, Email:		Hava Taşıma İşletmesinin Adı, Company Name:
Valideçeşme mah. No:23	revanzekeryeli2002@gmail.com Tel / Phone:5437331470		
Alkol kullanıyor musunuz? Do you drink Alcohol? <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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
Öz sorunu/göz ameliyatı, Eye trouble/eye operation	E		İşitme azlığı, işitme kaybı veya kulak sorunu, Deafness, ear disorder	E		Baş dönmesi veya bayılma nöbetleri, Dizziness or fainting spells		H	Aile Geçmişi Family record:		
Herhangi bir dönemde gözlük / kontakt lens kullanımı Spectacles and / or contact lenses ever worn		H	Burun, boğaz veya konuşma bozukluğu, Nose, throat or speech disorder		H	Son sağlık muayenesinden bu yana doktor ziyareti, Visit to medical practitioner since last medical examination	E		Kalp hastalığı Heart disease		H
Saman nezlesi, diğer alerjiler Hay fever, other allergy	E		Nörolojik bozukluklar; inme, epilepsi, nöbet, felç, vs. Neurological disorders; stroke, epilepsy, seizure, paralysis, etc.	E		Hastane yatışı Admission to hospital		H	Yüksek tansiyon High blood pressure	E	
Son sağlık muayenesinden bu yana gözlük / kontakt lens reçetesi değişmiş midir Spectacle contact lens prescriptions change since last medical exam	E		Her türlü psikolojik/psikiyatrik bozukluk, Psychological /psychiatric trouble of any sort		H	Askerlik öncesinde veya sırasında sağlık sebebiyle ret Medical rejection from or for military service	E		Yüksek kolesterol düzeyi, High cholesterol level		H
Anemi/Orak Hücre taşıyıcılığı, diğer kan hastalıkları Anaemia/sickle cell trait / other blood disorders		H	Daha önce, kabin memurluğuna elverişsizlik kararı, Former unfit decision to perform cabin crew duties	E		Yaralanma veya hastalık nedeniyle maaş veya tazminat verilmesi, Award of pension or compensation for injury or illness		H	Epilepsi (Sara) Epilepsy	E	
Kalp veya damar sorunu Heart or vascular trouble	E		Herhangi bir nedenle bilinç kaybı, Unconsciousness for any reason		H	Hayat sigortası reddi Refusal of life insurance	E		Akıl hastalığı Mental illness		H
Yüksek veya düşük tansiyon High or low blood pressure		H	Kafa yaralanması veya şok Head injury or concussion	E		Hepatit B veya Hepatit C Hepatitis B or Hepatitis C		H	Diyabet (Şeker) Diabetes	E	
Geçirilmiş kalp ameliyatı Cardiac surgery	E		Sık veya ciddi baş ağrıları Frequent or severe headaches		H	Başka hastalık veya yaralanmalar, Any other illness or injury	E		Tüberküloz (Verem) Tuberculosis		H
Böbrek taşı veya idrarda kan Kidney stone or blood in urine		H	Alkol/ilâç/madde kötüye kullanımı, Alcohol /drug/ substance abuse	E		Pozitif HIV testi Positive HIV test		H	Alerji/astım/egzama Allergy/asthma/ eczema	E	
Şeker hastalığı, hormonal bozukluk, Diabetes, hormone disorder	E		İntihar girişimi, Attempted suicide		H	Yalnızca kadınlar Females only:			Kalıtsal bozukluklar Inherited disorders		H
Guatr veya geçirilmiş tiroid ameliyatı, thyroid surgery or guatr		H	İlaçla tedavi gerektiren taşıt tutması, Motion sickness requiring medication	E		Jinekolojik veya menstruasyon sorunları, Gynaecological, menstrual problems	E		Glokom Glaucoma	E	
Mide, karaciğer veya barsak sorunu, Stomach, liver or intestinal trouble	E		Sıtma veya diğer tropikal hastalıklar, Malaria or other tropical disease		H	Hamile misiniz? Are you pregnant?		H			
Astım, akciğer hastalıkları Asthma, lung disease		H	Cinsel yolla bulaşan hastalıklar Sexually transmitted disease	E							

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 CABİN 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.

Lorem ipsum dolor sit, amet consectetur adipisicing elit. Ipsum incididunt commodi omnis? Omnis aliquid maxime maiores quaerat incididunt, officiis possimus

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 İmzası ve Kaşesi
Signature and stamp of AME or DmE



SAĞLIK SERTİFİKA MUAYENE RAPORU MEDICAL EXAMINATION REPORT FORM



(201) Muayene Kategorisi / Examination category <input type="checkbox"/> İlk, Initial <input checked="" type="checkbox"/> Yenileme / Renewal <input type="checkbox"/> Temdit / Revalidation <input type="checkbox"/> Özel yönlendirme / Special referral	(202) Boy / Height (cm) 202	(203) Kilo / Weight (kg) 50	(204) Göz Rengi / Eye Colour green	(205) Saç Rengi / Hair Colour black	(206) Kan basıncı - oturarak / Blood pressure-seated (mmHg) Sistolik / Systolic Diyastolik / Diastolic		(207) Nabız - Dinlenme / Pulse - resting Oran / Rate (bpm) Ritm / Rhythm <input type="checkbox"/> Reg <input type="checkbox"/> Irreg		
Klinik muayene: Her maddeyi işaretleyiniz Clinical Examination: Check each item		Normal / Normal	Anormal / Abnormal					Normal / Normal	Anormal / Abnormal
(208) Baş, yüz, boyun, saçlı deri / Head, face, neck, scalp		+		(218) Abdomen, fıtıklar, karaciğer, dalak / Abdomen, hernia, liver, spleen				+	
(209) Ağız, boğaz, dişler / Mouth, throat, teeth		+		(219) Anüs, rektum / Anus, rectum				+	
(210) Burun, sinüsler / Nose, sinuses		+		(220) Genito-üriner sistem / Genito-urinary system				+	
(211) Kulak, kulak zarı, kulak zarı motolitesi / Ears, drums, eardrum motility		+		(221) Endokrin sistem / Endocrine system				+	
(212) Gözler-orbita ve ekleri, görme alanları / Eyes - orbit & adnexa; visual fields		+		(222) Üst ve alt ekstremiteler, eklemler / Upper & lower limbs, joints				+	
(213) Gözler - pupiller ve göz dibi / Eyes - pupils and optic fundi		+		(223) Omurga, diğer iskelet-kas sistemi / Spine, other musculoskeletal				+	
(214) Gözler - göz hareketleri, nistagmus / Eyes - ocular motility; nystagmus		+		(224) Nöroloji - refleksler / Neurologic - reflexes, etc.				+	
(215) Akciğerler, göğüs, memeler / Lungs, chest, breasts		+		(225) Psikiyatri / Psychiatric				+	
(216) Kalp / Heart		+		(226) Cilt, belirleyici işaretler ve lenfatikler / Skin, identifying marks and lymphatics				+	
(217) Damar sistemi / Vascular system		+		(227) Genel sistemik / General systemic				+	
(228) Notlar: Her anormal bulguyu tanımlayınız. Her yorumdan önce uygun madde numarasını giriniz. Notes: Describe every abnormal finding. Enter applicable item number before each comment.									
Görme Keskinliği / Visual Acuity:									
(229) 5m/6m'de Uzak Görüş Düzeltilmemiş / Uncorrected Gözlük / Glasses Kontakt Lens / Contact Lenses									
Sağ Göz / Right Eye		Düzeltilme / Corrected to							
Sol Göz / Left Eye		Düzeltilme / Corrected to							
Her İki Göz / Both Eyes		Düzeltilme / Corrected to							
(230) Orta Görüş 100 cm de N14 Intermediate Vision N14 at 100cm Düzeltilmemiş / Uncorrected Düzeltilmiş / Corrected									
		Evet/Yes	Hayır/No	Evet/Yes	Hayır/No				
Sağ Göz / Right Eye									
Sol Göz / Left Eye									
Her İki Göz / Both Eyes									
(231) Yakın Görüş 30-50 cm de N5 Near Vision N5 at 30-50 cm Düzeltilmemiş / Uncorrected Düzeltilmiş / Corrected									
		Evet/Yes	Hayır/No	Evet/Yes	Hayır/No				
Sağ Göz / Right Eye									
Sol Göz / Left Eye									
Her İki Göz / Both Eyes									
(232) Gözlük / Glasses: <input type="checkbox"/> Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No Tip / Type:									
(233) Kontakt Lens / Contact Lenses: <input type="checkbox"/> Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No Tip / Type:									
Refraksiyon/Refract	Sph	Cyl	Axi	Add					
Sağ Göz / Right Eye									
Sol Göz / Left Eye									
(313) Renk Algılama / Colour Perception: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal / Abnormal Psödo-izokromatik Plaklar / Pseudo Isochromatic Plates Tip: Ishiara (24 Plak) Type: Ishihara (24 Plates) Plak Sayısı / No of Plates Hata Sayısı / No of Errors									
(234) İşitme / Hearing: (239/241 Uygulanmadığında/When 239/241 not) Sağ Kulak / Right Ear Sol Kulak / Left Ear									
Fısıltı Testi: Doktora Arkası Dönük 2m Conversational Voice Test at 2m Back Turned		<input type="checkbox"/> Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No	<input type="checkbox"/> Evet / Yes <input type="checkbox"/> Hayır / No						
Odyometri / Audiometry:									
Hz	500	1000	2000	3000	4000				
Sağ / Right									
Sol / Left									
(249) Yetkili Uçuş Tabibi Beyanı / AME Declaration: 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.									
(250) Yer ve tarih / Place and date:			AME/ Yetkili Tabip Adı ve Adresi (Büyük Harflerle) / AME / DmE name and address: (Block Capitals)				AME sertifika No. / AME certificate No. / Yetkili Tabip sertifika 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:						



OFTALMOLOJİK MUAYENE RAPORU

OPHTALMOLOGY 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

Başvuru Sahibiyle İlgili Ayrıntılar / Applicant's Details			TIBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE		
(1) Başvurulan Devlet / State applied to: TURKİYE		(2) Başvurulan sağlık sertifika sınıfı / Medical certificate applied for: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Rapor			
(3) Soyadı / Surname: Çağatay Yıldız		(4) Önceki soy isim(ler) / Previous surname(s):		Unvan / Title KABİN	
(5) İsim(ler) / Forename(s):		(6) Doğum Tarihi / Date of 01.01.2000		(7) Cinsiyet / Sex: <input checked="" type="checkbox"/> Erkek / Male <input type="checkbox"/> Kadın / Female	
(12) Başvuru / Application: <input type="checkbox"/> İlk, Initial <input checked="" 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 kullanılacağını anlayarak 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: 01.01.2000		Başvuranın imzası / Signature of Applicant:		AME/ Yetkili Tabip imzası / Signature of AME/DmE:	
(302) Muayene Kategorisi / Examination category: <input type="checkbox"/> İlk / Initial <input checked="" type="checkbox"/> Yenileme / Renewal <input type="checkbox"/> Temdit / Revalidation <input type="checkbox"/> Özel yönlendirme / Special referral		(303) Oftalmolojik geçmişi / Ophthalmological history:		Mevcut Gözlük / Current Spectacles 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) Gözdibi (Oftalmoskopi) / Fundi (Ophthalmoscopy)		
(310) Konverjans / Convergence	cm	
(311) Akomodasyon / Accommodation	D	
(312) Oküler kas dengesi (prizmatik diyoptri) / Ocular muscle balance (in prisme dioptries)		
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-izokromatik 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:	

OFTALMOLOJİK MUAYENE RAPORU / OPHTALMOLOGY EXAMINATION REPORT FORM

Doküman No:

SHGM.UOD.20281427.FR.42

Yürürlük Tarihi: 29.03.2005

Revizyon No/ Tarihi:

04 – 03.03.2023

Görüş Keskinliği / Visual Acuity

(314) 5M/6m'den Uzak görüş / Distant vision at 5m/6m		Düzeltilmemiş / Gözlük		Kontakt
Uncorrected Spectacles		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 / Gözlük		Kontakt
Uncorrected Spectacles		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 / Gözlük		Kontakt
Uncorrected Spectacles		Lens		
Sağ Göz / Right Eye	Corrected to			
Sol Göz / Left Eye	Corrected to			
İki Göz / Both Eyes	Corrected to			
(317) Refraksiyon/Refractio	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: Air-puff <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			
Başvuru Sahibiyle İlgili Ayrıntılar / Applicant's Details		TIBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE	
(1) Başvurulan Devlet / State applied to: Azerbaycan	(2) Başvurulan sağlık sertifikası sınıfı / Medical certificate applied for: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> LAPL <input type="checkbox"/> Rapor		
(3) Soyadı / Surname: Çağatay Yıldız	(4) Önceki soy isim(ler) / Previous surname(s):	Unvan / Title Valideçesme mah. No:23	(13) Referans numarası(Uygunsu)/ Reference number(if
(5) İsim(ler) / Forename(s):	(6) Doğum Tarihi / Date of birth: 01.01.2000	(7) Cinsiyet / Sex: <input checked="" type="checkbox"/> Erkek / Male <input type="checkbox"/> Kadın / Female	(12) Başvuru / Application: <input type="checkbox"/> İlk, Initial <input checked="" 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. 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 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: 01.01.2000	Başvuranın İmzası / Signature of Applicant:	İMZA/SIGNATURE	AME Yetkili Tabip İmzası / Signature of AME, DmE:
(402) Muayene Kategorisi / Examination category: <input type="checkbox"/> İlk / Initial <input checked="" 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)		+	
Ek Testler (Gerekirse) / Additional Testing (If Indicated)	Yapılmadı / Not Performed	Normal	Anormal/ Abnormal
(414) Konuşma odyometrisi / Speech audiometry			
(415) Posterior rinoskopi / Posterior rhinoscopy			
(416) EOG; spontan ve pozisyona bağlı nistagmus / EOG; spontaneous and positional nystagnus			
(417) Diferansiyel kalorik test veya vestibüler otorotasyon testi / Differential vestibular autorotation testcaloric 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

Yorumlar / Remarks:		
(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:	

KBB MUAYENE RAPORU / OTORHİNOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT FORM

Doküman No:

SHGM.UOD.20281427.FR43

Yürürlük Tarihi: 29.03.2005

Revizyon No/ Tarihi:

04 – 03.03.2023



EPWORTH UYKULULUK ÖLÇEĞİ

EPWORTH SLEEPINESS SCALE



TIBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE

Lisans Tipi ve Numarası, License Type and No:					
Muayene Tarihi, Examination Date:01.01.2000					
Havacılık Tıp Merkezi, AeMC:		LOKMAN HEKİM İSTANBUL HASTANESİ			
Soyadı Adı, Surname Fornames: Çağatay Yıldız					
Uyruğu, Nationality: TC					
Doğum Tarihi, Date of Birth: 01.01.2000					
Boy, Height (cm)	202	Kilo, Weight (kg)	50	VKİ, BMI (kg/m ²)	
Başvuru, Application:		Cinsiyet, Sex:	Başvurulan Sağlık Sertifika Sınıfı, Medical Certificate Applied For:	İşveren, Employer:	
<input type="checkbox"/> İlk, Initial <input type="checkbox"/> Temdit, Revalidation		<input checked="" type="checkbox"/> Erkek, Male	<input type="checkbox"/> Sınıf 1 <input type="checkbox"/> Sınıf 2	Kan Basıncı, Blood Pressure	
<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Rapor <input type="checkbox"/> Diğer	Sys	Dys
<input type="checkbox"/> Alkol-Psikoaktif Madde Tarama, Alcohol-Drug Abuse Control				Hız, Rate	Ritim, Rhythm
Aşağıdaki durumlarda hangi sıklıkla uyuklama eğilimindesiniz? (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.					
How often do you tend to fall asleep 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.					
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? Do you fall a sleep while Sitting and reading?	0	1	2	3
2	Televizyon seyredirken uyuklarmısınız? Do you fall a sleep while Watching TV?	0	1	2	3
3	Pasif olarak toplum içinde otururken, sinemada yada tiyatrodada uyuklarmısınız?, Do you fall a sleep while Sitting, inactive in a public place (e.g. a theatre or a meeting)?	0	1	2	3
4	Ara vermeden en az 1 saatlik araba yolculuğunda uyuklarmısınız? Do you fall a sleep while As a passenger in a car for an hour without a break?	0	1	2	3
5	Öğleden sonra uzanınca uyuklarmısınız? Do you fall a sleep while Lying down to rest in the afternoon when circumstances permit?	0	1	2	3
6	Birisi ile oturup konuşurken uyuklarmısınız? Do you fall a sleep while Sitting and talking to someone?	0	1	2	3
7	Alkol almamış, öğle yemeğinden sonra sessiz ortamda otururken uyuklarmısınız? Do you fall a sleep while Sitting quietly after a lunch without	0	1	2	3
8	Trafik birkaç dakika durduğunda, kırmızı ışıkta, arabada beklerken uyuklarmısınız?, Do you fall a sleep while In a car, while stopped for a few minutes in the traffic?	0	1	2	3
TOPLAM / TOTAL					
Başvuranın İmzası / Signature of Applicant		"AME'nin İmzası 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:	Çağatay Yıldız	Lisans Tipi ve Numarası, License Type and No:	
Adı, Fornames:	Çağatay Yıldız	Muayene Tarihi, Examination Date:	01.01.2000
Doğum Tarihi, Date of Birth:	01.01.2000	Uyruğu, Nationality:	TC
Eposta, Email:	revanzekeryeli2002@gmail.com	Tel. No.:	5437331470
Havacılık Tıp Merkezi, AeMC:	LOKMAN HEKİM İSTANBUL HASTANESİ		
Başvuru, Application:	Cinsiyet, Sex:	Başvurulan Sağlık Sertifika 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 checked="" type="checkbox"/> Kaza Kırım, Accident Crash <input type="checkbox"/> Diğer, Other	<input checked="" type="checkbox"/> Erkek, Male <input type="checkbox"/> Kadın, Female	<input type="checkbox"/> Sınıf 1 <input type="checkbox"/> Sınıf 2 <input checked="" 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)	Normal	Anormal
1. Kendisinin yada diğer uçucu personelde zihinsel sağlığın düşüşüne dair olası göstergelerinin anlaşılması dahil zihinsel sağlığa yönelik genel tutum <i>General attitudes to mental health, including understanding possible indications of reduced mental health in themselves and others</i>		
2. Geçmişte yaşanan psikolojik stres yada baskılara karşı, başkalarından tavsiye almak da dahil, baş etme stratejilerinin kullanımı <i>Coping strategies under periods of psychological stress or pressure in the past, including seeking advice from others</i>		
3. Çocukluk çağı davranış problemleri <i>Childhood behavioural problems</i>		
4. Kişilerarası ve ilişki sorunları <i>Interpersonal and relationship issues</i>		
5. Mevcut iş ve yaşam stresleri <i>Current work and life stressors</i>		
6. Açık kişilik bozuklukları <i>Overt personality disorders</i>		
7. Operasyonel ekip kaynak yönetimi ile ilgili zorluk <i>Any difficulties with operational crew resource management</i>		
8. Çalışanlar ve / veya diğer mesai arkadaşları ve yöneticileri ile zorluk <i>Any difficulties with employer and/or other colleagues and managers</i>		
9. Akrabalar, arkadaşlar ve iş arkadaşları ile ilgili zorluklar dahil kişilerarası ve ilişki sorunları. <i>Interpersonal and relationship issues, including difficulties with relatives, friends, and work colleagues.</i>		
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)	Evet	Hayır
10. Alkol veya diğer psikoaktif maddelerin kullanımı <i>Use of alcohol or other psychoactive substances</i>	Yes	No
11. İlgi / Enerji kaybı <i>Loss of interest/energy</i>		
12. Yeme ve kilo değişiklikleri <i>Eating and weight changes</i>		
13. Uyku Problemleri <i>Sleeping problems</i>		
14. Moral bozukluğu ve eğer varsa intihar düşünceleri <i>Low mood and, if present, any suicidal thoughts</i>		
15. Ailede psikiyatrik bozukluk öyküsü, özellikle intihar <i>Family history of psychiatric disorders, particularly suicide</i>		
16. Öfke, ajitasyon veya yüksek ruh hali <i>Anger, agitation or high mood</i>		
17. Duyarsızlaşma ve kontrol kaybı <i>Depersonalisation or loss of control</i>		

Ruh sağlığı muayenesi yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır;
The following aspects should be taken into consideration when conducting the mental health examination;

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

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



T.C.

ULAŞTIRMA VE ALTYAPI BAKANLIĞI
Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü



Ek - 1

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 Şüpheli/Reasonable Doubt		<input type="checkbox"/> Rastgele/Random	

Test Uygulanan Personel Bilgileri / Information of Personnel Tested			
Adı, Soyadı / Name, Surname		Cinsiyet/Gender	<input checked="" type="checkbox"/> Erkek, Male <input type="checkbox"/> Kadın, Female
Çağatay Yıldız		Doğum Tarihi / Date of Birth	
TC Kimlik No / ID No.		123123123	
Görevi / Duty		Subay	
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 başvuru 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 Uykululuk Ölçeği”, “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

Kişisel Veri	İşleme Faaliyetine Onay
Ceza Mahkumiyeti ve Güvenlik Tedbirlerine İlişkin Bilgiler	
Sağlık Bilgileri	

* Kabul ediyorsanız kutuların içine “EVET” yazın

TARİH

Okudum, Anladım, Kabul Ediyorum

İMZA