

SAĞLIK BİLGİ FORMU

Bu form; öğrenci adayının, giriş raporu alması aşamasında, eğitim-öğretim sürecinde, mezuniyet aşamasında ve memuriyette mağduriyet yaşamaması için öğrenci adayını bilgilendirme ve uyarma amacı ile hazırlanmıştır. Öğrenci adaylarında, Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliği Ek-3-A dilimi sağlık şartlarına uygunluk aranır.

Formun ilgili bölümlerini doldurup, imzalayınız.

	VAR	YOK
1- Düzenli olarak tedavi gerektiren bir hastalık, sürekli kullanılan ilaç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Ameliyat öyküsü (Laporaskopik veya açık ameliyat), organ kaybı, organ eksikliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Anemi (kansızlık), sık enfeksiyon geçirme, kanamanın durmaması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Varis, varis ameliyatı ve diğer damar patolojileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Göbek fıtığı, kasık fıtığı, karın fıtığı, diafragma fıtığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Karaciğer yağlanması, sarılık, karaciğer enfeksiyonu, hepatit B-C enfeksiyonu, karaciğerde veya diğer organlarda kisthidatik veya ameliyatı, karaciğerde kitle veya ameliyatı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Kalp hastalığı, kalp kapak ve damar hastalıkları, ritim bozuklukları, kalp delikleri, kalp ameliyatı, hipertansiyon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Romatolojik hastalıklar (ankilozan spondilit, romatoid artrit, behçet, FMF vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Tiroid hastalıkları, diyabet ve diğer endokrin hastalıklar, sürekli diyet veya gıda takviyesi, ilaç tedavisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Bağırsak hastalıkları, iltihabi bağırsak hastalıkları (ülseratif kolit, chron), uzun süreli ishal-kabızlık, çölyak hastalığı, gıda alerjileri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11- Astım, kronik bronşit, amfizem gibi tıkayıcı solunum sistemi hastalıkları, tüberküloz (verem) gibi bulaşıcı enfeksiyon hastalıkları, kist hidatik gibi akciğerde kitle, tümör mevcudiyeti veya ameliyatları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12- Spontan pnömotoraks (akciğerde hava kaçağı) veya ameliyatı, göğüs kafesi ameliyatı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13- İşitme kaybı, kulak zarı delikleri, kronik otit, tıkanıklığa neden olan burun eğrilikleri, ön grup diş eksikliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14- Görme bozukluğu, göz tembelliği, gece körlüğü, renk körlüğü, şaşılık, göz tansiyonu, göz kapağı düşüklüğü, katarakt veya katarakt ameliyatı, keratokonus, göz ve göz ekleri ile ilgili diğer hastalıklar veya ameliyatları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15- Böbrek ve boşaltım sistemindeki kum, taş, kist, tümör ve benzeri mevcudiyeti veya ameliyatları, böbrekte şekil bozukluğu veya yerleşim bozukluğu, tek böbrek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16- Kırık, çıkık öyküsü veya ameliyatları, eklemle ilgili girişimler (atroskopik veya açık cerrahi), kırık-çıkık tedavisi için kullanılan tespit malzemelerinin mevcudiyeti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Hareket kısıtlılığı, kas güçsüzlüğü, kas-eklem-tendon hastalıkları veya romatizmal hastalıklar, skolyoz, kifoz ve diğer omurga eğrilikleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Bel fıtığı, boyun fıtığı öyküsü veya ameliyatları, kafatası ameliyatları, omurga ameliyatları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Ellerde titreme, epilepsi, felç, sinir sisteminin ve örtülerinin diğer hastalıkları	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20- Psikiyatrik tanı ve tedavi geçmişi, kekemelik, konuşma bozukluğu, self mutilasyon (kendine zarar verme), intihar girişimi, madde kullanımı ve diğer psikiyatrik hastalıklar

--	--

21- Yüzde ve eşgal bölgesinde dövme ve kalıcı uygulamalar, eşgal belirleyici lezyonlar

--	--

22- Vitiligo (açık renkli deri bölgeleri), psöriazis (sedef), bölgesel saç veya sakal dökülmesi

--	--

23- Bu formda tanımlanmamış başka bir hastalığınız veya ameliyatınız, sürekli kullandığınız ilacınız

--	--

24- Herhangi bir organ eksikliği, organ kaybı veya doğuştan yokluğu

--	--

Yukarıda belirtilen sağlık sorunlarının, öğrenci adaylarının okullardan sağlık nedeniyle ilişkilerinin kesilmesinde en çok karşılaşılan tanılar olduğunu, öğrenci adaylarında, buraya yazılmış olan sağlık sorunları için veya burada bahsedilememiş olan diğer sağlık sorunları için Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliği Ek-3-A dilimi sağlık şartlarına uygunluk arandığını okudum ve anladım.

Okullara girişte aranan sağlık şartlarına aykırı bir sağlık sorunumun tespit edilmesi halinde veya öğrenciliğe engel sağlık sorunlarımı gizlediğim, öğrencilikte veya devlet memurluğunda sonradan tespit edilmesi halinde, ilgili mevzuatlar gereği hakkımda işlem yapılacağı ve öğrencilikten veya devlet memurluğundan ilişkiğimin kesileceği konusunda bilgi edindim.

Sağlık özgeçmişim ile ilgili gizlediğim bir durumumun olmadığını ve vermiş olduğum bilgilerin doğruluğunu beyan ediyorum.

Öğrenci Adayı
Adı Soyadı:

Tarih:
İmza:

Adayın beyanlarına ve yapılan fizik muayeneye göre Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliğine aykırı bir sağlık sorunu tespit edilmemiştir.

Adayın beyanlarına ve yapılan fizik muayeneye göre Emniyet Teşkilatı Sağlık Şartları Yönetmeliğine aykırı sağlık sorunu vardır.

Tanısı :

Ön Sağlık Kontrol Komisyonunda Görevli Doktor
Adı Soyadı:

Tarih:
İmza:

Not: Bu formun her sayfası aday ve doktor tarafından onaylanacaktır.