**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Doğum Tarihi/Yeri :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SAĞLIK BİLGİLERİ** | | |
| Sağlık Sorununuz Var mı ? (Kronik Hastalık, Şeker, Yüksek Tansiyon vb.) | |  |
| Sürekli Kullandığınız İlaç ya da Protez var mı? | |  |
| Sigara / Alkol Kullanıyor musunuz? | |  |
| Mevcut Bağışıklama Aşıları (Tetanos, Hepatit, Diğer) yaptırdınız mı? | |  |
| Daha Önce İş Kazası Geçirdiniz mi? *(Çok Kısa Hikâyesi)* | |  |
| Meslek Hastalığı Tetkik ve Muayenesi Oldunuz mu? Sonuçları Nelerdir? | |  |
| Maluliyet Aldınız mı? Oranınız Nedir? | |  |
| Şu Anda Herhangi Bir Hastalık Tedavisi Görüyor musunuz? | |  |
| Bu bilgi formundaki verdiğim bilgilerin tam ve doğru olduğunu, zamanla değişecek bilgilerimi en geç on gün içerisinde yazılı olarak bildireceğimi kabul ve beyan ederim. | | |
| Tarih : / /20… | İmza: | |