TERHİS ÖNCESİ UYGULANACAK

SAĞLIK DURUMU HAKKINDA BİLGİ FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| KÜNYE BİLGİLERİ: | ADI-SOYADI :    BABA ADI :  YAŞI :  DOĞUM TARİHİ/YILI :  MEMLEKETİ :  ADRESİ : |

TERTİBİ :

BİRLİĞİ (SON GÖREV YERİ) :

FORMU DİKKATLİCE OKUYUP, ANLADIKTAN SONRA DOLDURUNUZ, İMZALAYINIZ. ANLAMADIĞINIZ HUSUSLARI ASKERİ SAĞLIK PERSONELİNE SORUNUZ.

FİZİK MUAYENE :

οTA:............/...........mmHG οNb:........./dk οAğırlık:..............Kg οBoy:..........cm

οSigara kullanıyor musunuz? οEvet οHayır οMiktar.............Paket/Adet

οAskerlik sırasında önemli bir hastalık geçirdiniz mi?.............................................................................................

οNe tedavi gördünüz, nerede? (Varsa tarih ve protokol nu.)...................................................................................

οHastaneye yattınız mı? Ameliyat oldunuz mu?......................................................................................................

οAskerlik sırasında herhangi bir kaza geçirdiniz mi?...............................................................................................

οYaralama/Yanma/Donma gibi bir durumla karşı karşıya kaldınız mı? Tarih ve birlik belirtiniz.............................

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

οAldığınız ek görevler, operasyonlar, yurt dışı görevler:

..........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

İMZA :

ADI SOYADI :

οYapılan aşılar, uygulanan önemli tedaviler (hekim tarafından doldurulacaktır.):

………HEKİMİ

KAŞE/İMZA/TARİH

TEZKERE ALAN PERSONEL

İMZA

ADI/SOYADI

TARİH