

Bağlı olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumuna ait Bilgiler					
Benim	<input type="checkbox"/> S.S.K	<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur	<input type="checkbox"/> Özel Sigorta	<input type="checkbox"/> Yok
Annemin	<input type="checkbox"/> S.S.K	<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur	<input type="checkbox"/> Özel Sigorta	<input type="checkbox"/> Yok
Babamın	<input type="checkbox"/> S.S.K	<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur	<input type="checkbox"/> Özel Sigorta	<input type="checkbox"/> Yok

Kan Grubunuz	<input type="checkbox"/> A RH (+)	<input type="checkbox"/> A RH (-)	<input type="checkbox"/> B RH (+)	<input type="checkbox"/> B RH (-)
	<input type="checkbox"/> AB RH (+)	<input type="checkbox"/> AB RH (-)	<input type="checkbox"/> 0 RH (+)	<input type="checkbox"/> 0 RH (-)

Solak mısınız	<input type="checkbox"/> Evet
	<input type="checkbox"/> Hayır

Aşağıdaki Sağlık Sorunlarından birini hayatınızın bir döneminde yaşadığınızı (Lütfen uygun kutucuğu işaretleyiniz)
a. Tedavi edildim b. Tedavim sürüyor c. Tedavi almadım d. Hastalığım yok

	A	B	C	D		A	B	C	D
Diabet (Şeker Hastalığı)					Yüksek Kan Basıncı				
Astım					Polio				
Kronik Sinüzit					Kanser				
Tiroid Hastalığı					Hepatit				
Yeme Bozukluğu					Migren				
Depresyon					Beyin Kanaması				
Tüberküloz (Verem)					Kas - İskelet Sistemi				
Uyku Bozukluğu					Aneme				
Kan Hastalığı					Görme Problemi				
Mide/Bağırsak Problemleri					Epilepsi				
Felç					Romatizmal Ateş				
Kalp / Göğüs Hastalıkları					Geçmeyen Öksürük				

Eğitiminizi Etkileyecek Herhangi bir fiziksel engeliniz var ise uygun olan seçeneği işaretleyiniz

Görme İşitme Bedensel Diğer:

Herhangi bir maddeye, ilaca, Besine alerjiniz var mı? Varsa açıklayınız.

Geçirdiğiniz bir ameliyat veya kalıcı bir rahatsızlığınız var mı? Varsa açıklayınız.

Sürekli kullandığınız ilaçlar var mı? Varsa isimlerini belirtiniz.

En son ne zaman ve hangi nedenle sağlık kurumuna veya doktora başvurduunuz. Açıklayınız

Acil durumda iletişime geçeceğimiz bir yakınınızın

Adı Soyadı:

Yakınlık Derecesi:

Cep:

ÖĞRENCİ ONAYI

Bilgilerin doğruluğunu beyan ederim.

Ad-Soyad:

Tarih:

İmza: