

ÖĞRENCİ SAĞLIK BİLGİ FORMU

ÖĞRENCİ ADI SOYADI:	
KAN GRUBU:	
VELİ TELEFON NUMARASI:	

• Aşağıda size hekim tarafından tanısı konulan herhangi bir hastalık varsa işaretleyiniz!

- ☐ Alerji(Varsa neye karşı sonucunda ne gelişiyor?.....)
- ☐ Bulaşıcı Hastalığı(Hepatit, AIDS vb. varsa belirtiniz!.....)
- ☐ Kalp Hastalığı
- ☐ BöbrekHastalığı(.....)
- ☐ Diyabet(Şeker)
- ☐ Astım/Koah/Solunum Problemi
- ☐ Multipl Skleroz(Ms)
- ☐ Kan Hastalığı/Kanama Pıhtılaşma Bozukluğu
- ☐ Epilepsi(Aktif nöbet geçiriyor mu? Detay belirtiniz!.....)
- ☐ İşitme Bozukluğu(Cihaz kullanıyor mu?.....)
- ☐ Görme Bozukluğu(Gözlük kullanıyor mu?.....)
- ☐ Bedensel Engel(Vücudun hangi bölgesinde?.....)
- ☐ Protez kullanıyor mu? (Kullanıyorsa çeşidi?.....)
- ☐ Sürekli Hastalığı var mı? (Varsa nedir?.....)
- ☐ Diğer(Belirtiniz?.....)

Geçirdiği Ameliyatlar	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Devamlı Kullanılan İlaçlar (Hergün kullanılan ilaçlarını eksiksiz belirtiniz!)	
İlacın adı?	Günde kaç defa kullandığı?
1.	
2.	
3.	
4.	

Öğrenci sağlık durumu ile ilgili belirtmek istediğiniz önemli bir durum var ise okulumuza başvurunuz! VELİ ONAYI (LÜTFEN İMZALAYINIZ!)		
Veli Adı Soyadı	Doldurulma Tarihi	İmza