|  |  |
| --- | --- |
| Başvuru Sahibi |  |
| TC Kimlik No./Pasaport No. |  |
| Posta Adresi |  |
| E-posta Adresi |  |
| Tel. No. |  |
| Muayene Olunan Havacılık Tıp Merkezi |  |
| Çalıştığı Şirket Adı (Varsa) |  |
| Muayene Tarihi |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Havacılık Muayeneleri, Sağlık Sertifika ve Sağlık Muayene Rapor İşlemleri genelgesi hükümlerine göre gerekli belgeler düzenlenerek aşağıda belirtilen sıraya göre gönderilecektir.** | **V** | | | **Y** | | **N/A** | |
| 1 | Muayene raporu düzenleme işlemi başvuru ve kontrol formu. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 2 | Nüfus cüzdanı ya da yerine geçen resmi belge fotokopisi. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 3 | Üst yazı (Elverişlilik/Elverişsizlik/Kısıtlama/Muayene terk gibi bilgileri içeren). | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 4 | Kabin ekibi ve diğer havacılık personeli sağlık kurul formu. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 5 | Kabin ekibi ve diğer havacılık personeli muayene başvuru formu. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 6 | Kabin ekibi ve diğer havacılık personeli tıbbi uygunlukta azalma bildirim formu. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 7 | Konsültasyon raporları. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 8 | Diğer raporlar (Daha önce hastalık veya ameliyat geçirilmiş ise epikriz vs.). | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 9 | EKG ve raporu. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 10 | Odyometri. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 11 | Görme alanları. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 12 | Solunum fonksiyon testi ve raporu. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 13 | Epworth uykululuk ölçeği. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 14 | Akıl sağlığı değerlendirme formu | | ☐ | ☐ | | ☐ | |
| 15 | PA Akciğer Grafisi. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 16 | Kan tahlilleri. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 17 | İdrar tetkiki. | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 18 | Diğer raporlar (Daha önce hastalık veya ameliyat geçirilmiş ise epikriz vs.). | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 19 | Diğer tetkikler (yapıldı ise ). | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 20 | Eski Kabin Ekibi Muayene Raporu | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |
| 21 | Yeni Kabin Ekibi Muayene Raporu | ☐ | | | ☐ | | ☐ | |

|  |
| --- |
| Yukarıda belirtilen bilgilerin doğruluğunu, tarafımca kontrol edildiğini ve eksiksiz olarak EK’li dosyasında sunulduğunu beyan ve taahhüt ederim.  AME / DME AeMC Başkanı  (İsim) (İmza) (İsim) (İmza)  Not: “saglik.shgm.gov.tr” üzerinden yapılan başvurularda sadece DME imzası yeterli olup AME ve AeMC Başkanı imzası aranmaz. |

**Kontrol listesinde kullanılan kısaltmalar:** V: Var Y:Yok N/A: Gereksiz