|  |
| --- |
| AD SOYAD : SİCİLİ :  BİRİMİ : GÖREVİ :  İLETİŞİM TEL : MAİL : KATILINAN SPORTİF ETKİNLİK: |

**TÜRK TELEKOM SPORTİF ETKİNLİKLERE KATILIM VE BEYAN FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SIRA NO** | **SPOR ETKİNLİĞİNE KATILACAK KİŞİNİN SAĞLIK DURUMU BİLGİLERİ** | **VAR/ EVET** | **YOK/ HAYIR** |
| 1 | Son 1 yıl içinde her hangi bir spor etkinlikliğe katıldınız mı? |  |  |
| 2 | Düzenli spor yapıyor musunuz? (Evet, ise ne sıklıkta belirtiniz) |  |  |
| 3 | İşyerinizde periyodik muayeneniz yapıldı mı? |  |  |
| 4 | Kalp damar, ritim bozukluğu, kalp yetmezliği vb. hastalığınız var mı? |  |  |
| 5 | Spor yaparken herhangi bir şikâyet (göğüste rahatsızlık, sıkışma, çarpıntı, dudaklarda morarma, baş dönmesi, bayılma vb.) yaşadınız mı? |  |  |
| 6 | Tansiyon (yüksek/düşük) şikâyetiniz var mı? (Evet, ise belirtiniz) |  |  |
| 7 | İleri derecede kansızlığınız var mı? |  |  |
| 8 | Kanama bozukluğu, kesiklerde uzun süreli kanama, sık burun kanaması vb. var mı? |  |  |
| 9 | Astım, KOAH (kronik tıkayıcı akciğer hastalığı) nefes darlığı, uzun süredir öksürük, balgam vb. var mı? |  |  |
| 10 | Kas, eklem, tendon, romatizmal hastalıklarınız, hareket kısıtlılığınız var mı? |  |  |
| 11 | Epilepsi (sara) var mı? |  |  |
| 12 | Tanısı konmamış tekrarlayan baş ağrılarınız var mı? |  |  |
| 13 | Denge kaybı, sık kaza geçirerek yaralanma öyküsü (sakarlık) var mı? |  |  |
| 14 | İnsüline bağımlı veya tedavisiz kalmış şeker hastalığınız var mı? |  |  |
| 15 | Son 6 ayda istemsiz aşırı kilo kaybı veya alımı yaşadınız mı? |  |  |
| 16 | Düzenli olarak alınan ilaç tedavisi görüyor musunuz? |  |  |
| 17 | Her hangi bir alerjiniz var mı? (Evet, ise belirtiniz) |  |  |
| 18 | Her hangi bir ameliyat geçirdiniz mi? (Evet, ise belirtiniz) |  |  |
| 19 | Kanser tanısı |  |  |
| 20 | Engelli raporu |  |  |
| 21 | Psikolojik rahatsızlık |  |  |
| 22 | Diğer |  |  |

|  |
| --- |
| Düzenlenecek sportif etkinlik turnuva vb.organizasyonlara kendi isteğim ile katılmayı talep ettiğimi, bu etkinliklerde yer almamı engelleyecek bildiğim herhangi bir sağlık sorunumun olmadığını bildirir, yukarıda belirtilen sorulara doğru şekilde cevap verdiğimi, beyan ederim. …../…../201….    Adı Soyadı :……………………     İmza |