

# XANTHOS TRAVEL ADVENTURE

## Kişisel Bilgi ve Sağlık Formu

Bu formda bildireceğiniz bilgiler önemlidir: Rehberlere yaralanma ve hastalık riskini azaltma ve acil durum planı yapmalarına olanak sağlayacaktır. Beyan edilen detaylar yaralanma ve hastalık durumunda faydalı olacak ve acil durumda ilk yardımı şekillendirecektir. Verilen bilgiler gizli tutulacaktır. Geziye katılımınızı reddetmek için kullanılmayacaktır.

Ad-Soyad: \_\_\_\_\_  
Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Ev Telefon: \_\_\_\_\_ İş Telefonu: \_\_\_\_\_  
Cep Telefonu: \_\_\_\_\_ E-posta: \_\_\_\_\_  
Doğum Tarihi: \_\_\_\_\_ Cinsiyet: \_\_\_\_\_  
Boy: \_\_\_\_\_ Kilo: \_\_\_\_\_

### Acil Durumda Aranacak Kişi:

Ad-Soyad: \_\_\_\_\_ Yakınlık: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
Telefonu: \_\_\_\_\_  
Doktor Adı: \_\_\_\_\_ Telefonu: \_\_\_\_\_

Sağlık ve fiziksel durumunuz: (\_\_\_\_ vasat, \_\_\_\_ ortalama, \_\_\_\_ ortalama üstü, \_\_\_\_ mükemmel):

Yüzme becerisi: \_\_\_\_\_  
Yüzme bilmiyorum \_\_\_\_\_ Zayıf \_\_\_\_\_ Orta \_\_\_\_\_ İyi \_\_\_\_\_  
Sigara içiyor musunuz? \_\_\_\_\_  
En son tetanoz aşımının tarihi: \_\_\_\_\_  
(Not: Son 10 yıl içinde tetanoz aşısı olmanız gerekmektedir.)

Herhangi bir psikolojik kısıtlamanız var mı? (örn.: sudan, karanlıktan, yüksekten korkma ve benzeri) \_\_\_\_\_  
Lütfen tanımlayınız \_\_\_\_\_

Geçen yıl içinde sağlık durumunuzda herhangi bir değişiklik oldu mu? \_\_\_\_\_  
Lütfen tanımlayınız \_\_\_\_\_

Doktor kontrolü altında mısınız? \_\_\_\_\_  
Evet ise açıklayınız? \_\_\_\_\_

Ciddi bir yaralanma, hastalık veya operasyon geçirdiniz mi? \_\_\_\_\_  
Evet ise tarihi nedir? \_\_\_\_\_

Geçen 5 yıl içinde ciddi bir sebepten dolayı hastahaneye kaldırıldınız mı veya yaralandınız mı? \_\_\_\_\_  
Evet ise nedeni neydi? \_\_\_\_\_

Kontakt lens kullanıyor musunuz? \_\_\_\_\_

Dişleriniz ile ilgili ciddi bir sıkıntı geçirdiniz mi? \_\_\_\_\_

Herhangi bir ilaca veya yemeğe alerjiniz var ise reaksiyonunuzun detayını da kapsayacak şekilde yazınız: \_\_\_\_\_

### Aşağıdaki soruları lütfen dikkatle cevap veriniz.

Eklem İltihabı \_\_\_\_\_

Astım veya saman nezlesi \_\_\_\_\_

Kardiyovasküler hastalık (kalp problemi, kalp krizi) \_\_\_\_\_

Kalp yetmezliği, çarpıntı, koroner yetmezlik, arteriosclerosis? \_\_\_\_\_

Bayılma nöbeti \_\_\_\_\_

Sarılık veya karaciğer hastalığı \_\_\_\_\_

Yukarıdakilerin dışında bilmemiz gereken başka hastalık, problem veya durum var ise lütfen açıklayınız.

Yukarıdaki soruların hepsine dürüstçe cevap verdim; beyan ettiğim bilgiler yaralanma ve hastalık anında faydalı olacak olup acil durumda ilk yardıma yararlı olacaktır. Sağlık durumumda meydana gelecek her türlü değişikliği Xanthos Travel Adventure yetkililerine ve gezi liderine anında bildireceğim.

Ad-Soyad: \_\_\_\_\_ İmza: \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Eğer katılımcı 18 yaşın altındaysa ebeveyn veya vasisi imzalamalıdır.**

Ebeveyn veya vasinin adı-soyadı \_\_\_\_\_

İmzası \_\_\_\_\_ Tarih: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yüksek tansiyon \_\_\_\_\_

HIV \_\_\_\_\_

Kurdeşen, ürtiker veya hassas cilt \_\_\_\_\_

İltihaplı romatizma (eklem yerlerinde ağrı) \_\_\_\_\_

Böbrek problemi \_\_\_\_\_

Düşük tansiyon \_\_\_\_\_

Lif iltihabı, Tenosinovitis, veya Karpal -Tünel sendromu \_\_\_\_\_

Evet ise lütfen tarih ve detay veriniz \_\_\_\_\_

Anormal kanama (Irsi, operasyona veya başka travmaya dayalı)? \_\_\_\_\_

Herhangi bir kan hastalığınız var mı (anemi gibi)? \_\_\_\_\_

Kadınlr: Hamile misiniz? \_\_\_\_\_

**Aşağıdaki ilaçlardan herhangi birini alıyor musunuz? Evetse, lütfen ilaç ismini yazınız.**

Antibiyotik veya sulfa ilaçları \_\_\_\_\_

Anticoagulants (kan incelticiler) \_\_\_\_\_

Ödem çözücü \_\_\_\_\_

Kortizon (steroidler) \_\_\_\_\_

Digitalis veya kalp ilaçları \_\_\_\_\_

İnsülin \_\_\_\_\_

Ağrı kesici \_\_\_\_\_

Nitrogliserin \_\_\_\_\_

Diğer \_\_\_\_\_

Aşağıdakilerden herhangi birine karşı alerjiniz var mı? Lütfen belirtiniz?

Ödem önleyiciler \_\_\_\_\_

Aspirin \_\_\_\_\_

Barbituates, sedatives, uyku ilaçları \_\_\_\_\_

Kodein veya diğer uyuşturucular \_\_\_\_\_

Iyodin \_\_\_\_\_

Lokal anestezi \_\_\_\_\_

Penisilin veya diğer antibiyotikler \_\_\_\_\_

Sulfa ilaçlar \_\_\_\_\_

Diğer \_\_\_\_\_