|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adınız ve Soyadınız: |  | | | | | | **Sınıfınız:** |  | |
| **Öğrenci Numaranız:** |  | | **T.C. Kimlik Numaranız:** | | | | |  | |
| **GSM Numaranız:** |  | | **E-posta adresiniz:** | | | | |  | |
| **Kan Grubunuz:** | A RH (+) | B RH (+) | | | AB RH (+) | | | 0 RH (+) | |
| A RH (-) | B RH (-) | | | AB RH (-) | | | 0 RH (-) | |
| **Bağlı Olduğunuz Sosyal Güvenlik Kurumu** | S.S.K. | Emekli Sandığı | | | | Bağ-Kur | | Özel Sigorta | YOK |
|  | | | | | | | | | |
| **Herhangi bir alerjiniz var mı? (ilaç, besin vb.) Varsa açıklayınız.\*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Kronik bir hastalığınız var mı? Varsa Tanı ve Tedavi hakkında bilgi veriniz.\*** | | | | | | | | | |
| **YOK**  Hepatit  Trioid Hastalığı  Kemik iliği/kök hücre nakli  Kronik obstrüktif veya destrüktif akciğer hastalığı veya status astmatikus hikayesi  Dekompanse kalp yetmezliği  Akut koroner sendrom geçirdim  Kronik karaciğer ve böbrek yetmezliği  Romatoid Artrit  Serebrovasküler hastalık (inme, kanama geçiren hastalar)  Diğer …………………………………. | | | | İnsüline bağlı diyabet ve komplike (serebrovasküler, koroner, böbrek, polinöropati) insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus hastalığı  Metastatik ve/veya kemoterapi/radyoterapi alan ………………………. kanser hastalığı  Kornea nakli hariç solid organ nakli (………………………)  Komplike hipertansiyon (serebrovasküler, böbrek, konjestif kalp yetmezliği) | | | | | |
| **Tedavi hakkında bilgiler:** | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Sürekli olarak kullandığınız ilaç(lar) var mı? Varsa isimlerini yazınız.\*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Kullandığınız İmmünsupresif ilaç(lar) var mı? Varsa isimlerini yazınız.\*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Acil durumda iletişime geçebileceğimiz bir yakınızın** | | | | | | | | | |
| **Adı ve Soyadı:** | | | | | | | | | |
| **Yakınlık Derecesi:** | | | | | | | | | |
| **GSM Numarası:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **ÖĞRENCİNİN ONAYI** | | | | | | | | | |
| **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığına**  **Yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğruluğunu beyan ederim.** | | | | | | | | | |
| **Adı ve Soyadı:** | | | | | | | | | |
| **Tarih:** | | | | | | | | | |
| **İmza:**  **\*: Durumla ilgili belgelerinizi eklemeniz gerekmektedir.** | | | | | | | | | |