

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, yüksekte 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)? _____

Kadınlar: 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 _____

Insülin _____

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 _____