

## KİŞİSEL BİLGİLER

1. İsim:	2. Doğum Tarihi:	3. Kişinin Doğduğu Ülke: 4. Doğum Yeri:
5. Finlandiya'daki Adres:		6. Telefon No:
7. Sağlık Sigortası: Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>		8. Sigorta Şirketinin İsmi:
9. Yakın Akraba ya da İletişim Kurulacak Kişi:		10. Telefon No:
11. Okul / Eğitim Dalı / Ana Dal:	12. Eğitimin Başlangıç Tarihi: 13. Planlanan Mezuniyet Tarihi:	

## SAĞLIK

14. Sağlık Durumunuz:	İyi <input type="checkbox"/>	Orta <input type="checkbox"/>	Kötü <input type="checkbox"/>
15. Uzun süreli bir hastalığınız var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Hangi hastalık?
16. Karaciğer hastalığınız var mı? Hepatit?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Hangisi?
17. HIV taşıyıcısı mısınız?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
18. Sigara ya da tütün ürünleri kullanıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Ne ve ne kadar kullanıyorsunuz?
19. Alkol ya da başka uyuşturucu maddeleri kullanıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Ne ve ne kadar kullanıyorsunuz?
20. Daha önce hastahane de yattınız mı ya da ameliyat oldunuz mu?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Sebebi?
21. Herhangi bir ilaca karşı alerjiniz var mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Hangi ilaca?
22. Tüberküloz hastalığı geçirdiniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Ne zaman?
23. Daha önce tüberküloz ilacı kullandınız mı?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Ne tür bir ilaç?
24. Herhangi bir yakınınız (aynı evde yaşayan) tüberküloz hastalığı geçirdi mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
Simdi ya da daha önce aşağıdaki belirtilere (semptomlara) rastladınız mı?	Rastladıysanız lütfen daha çok bilgi veriniz. (Ne zaman? Belirtiler devam ediyor mu? Belirtilerin sebepleri bulundu mu?)		
25. Bir kaç hafta süren öksürük	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
26. Balgamlı ya da kanlı öksürük	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
27. İstemsiz zayıflama	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
28. Gece terlemesi	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
29. Uzun süreli ateş	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
30. Lenf düğümlerinde (boyun, koltuk altları, kasık) şişkinlik, acı ya da başka	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	

## İLAÇ TEDAVİSİ VE AŞILAR

31. Reçeteli ilaç kullanıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	Ne kullanıyorsunuz?
Aşağıdaki aşıları oldunuz mu?			
32. Çocuk felci Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Ne zaman?	33. Tetanoz / Difteri Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Ne zaman?	34. Kızamık / Kabakulak / Kızamıkçık Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Ne zaman?	
35. Kızamık geçirdiniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
36. Kabakulak geçirdiniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	
37. Kızamıkçık geçirdiniz mi?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>	