

ÖĞRENCİ SAĞLIK BİLGİSİ

ADI SOYADI :
KAN GRUBU :

...../...../.....

1- GEÇİRDİĞİNİZ ÖNEMLİ HASTALIĞINIZ OLDU MU? KISACA BİLGİ VERİNİZ

2- DEVAM EDEN KRONİK VE BULAŞICI RAHATSIZLIĞINIZ VAR MI? KISACA BİLGİ VERİNİZ

3- PSİKOLOJİK RAHATSIZLIK GEÇİRDİNİZ Mİ ? TEDAVİ GÖRDÜNÜZ MÜ? KISACA BİLGİ VERİNİZ.

4- YURT YÖNETİMİ OLARAK BİLMEMİZ GEREKEN SAĞLIĞINIZLA İLGİLİ HERHANGİ BİR ÖZEL DURUMUNUZ VAR MI? KISACA BİLGİ VERİNİZ.

YUKARIDA VERMİŞ OLDUĞUM BİLGİLERİN DOĞRULUĞUNU KABUL EDİYORUM. YURTTA KALDIĞIM SÜRECE YAŞAYACAĞIM ÖNEMLİ HASTALIKLARI , ÖZELLİKLE PSİKOLOJİK VE PSKIYATRİK HASTALIKLARI VE KULLANACAĞIM ANTİDEPRESAN İLAÇLARINI YURT YÖNETİMİYLE PAYLAŞMAYI KABUL EDİYORUM.

YURT YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİN SAĞLIĞININ HERŞEYDEN ÖNDE GÖRME DÜŞÜNCESİYLE BU BİLGİLERİ EDİNMEKTEDİR.

ÖĞRENCİ İMZA

VELİ İMZA