



HAVA TRAFİK KONTROLÖRÜ KBB MUAYENE RAPORU
AIR TRAFFIC CONTROLLER
OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT FORM



Bu sayfayı tam olarak ve büyük harflerle doldurunuz - Ayrıntılar için talimatlar sayfasına bakınız Complete this page fully and in block capitals - Refer to instructions for completion		TIBBİ GİZLİ EVRAK / MEDICAL IN CONFIDENCE	
Başvuru Sahibiyle İlgili Ayrıntılar / Applicant's Details			
(1) Başvurulan Devlet / State applied to:	(2) Başvurulan sağlık sertifika sınıfı / Medical certificate applied for:		
(3) Soyadı / Surname:	(4) Önceki soy isim(ler)/Previous surname(s):	Unvan / Title	(13) Referans numarası(Uygunsa)/ Reference number(if Applicable):
(5) İsim(ler) / Forename(s):	(6) Doğum Tarihi / Date of birth:	(7) Cinsiyet / Sex:	(12) Başvuru / Application:
(401) Tıbbi bilginin açıklanmasının kabul edilmesi: Bu raporda ve eklerinde bulunan tüm bilgilerin Yetkili Uçuş Tabibi ve Yetkili Tabibe ve gerektiğinde lisans veren makamların evrağı olarak tıbbi denetmenlerine verilmesini, bu bilgilerin ve elektronik olarak saklanan bilgilerin sağlık muayenesinin tamamlanması için kullanılacağını anlayarak ve bu bilgilere gerektiğinde benim veya doktorumun ulaşabilmesi şartıyla kabul ediyorum. Tıbbi Gizliliğe daima uyulacaktır. Consent to release of medical information: I hereby authorise the release of all information contained in this report and any or all attachments to the AME and, where necessary, to the medical assessor of the licensing authority, recognising that these documents, or any electronically stored data, are to be used for completion of a medical assessment and will become and remain the property of the licensing authority, providing that I or my physician may have access to them according to national law. Medical confidentiality will be respected at all times.			
Tarih / Date:	Başvuranın İmzası / Signature of Applicant:	AME Yetkili Tabip İmzası / Signature of AME, DmE:	
(402) Muayene Kategorisi / Examination category:		(403) KBB Geçmişi / Otorhinolaryngology History:	

Klinik Muayene / Clinical examination

Her maddeyi işaretleyiniz / Check each item

	Normal	Anormal/ Abnormal
(404) Baş, yüz, boyun, saçlı deri / Head, face, neck, scalp		
(405) Ağız boşluğu, dişler / Buccal cavity, teeth		
(406) Farenks / Pharynx		
(407) Burun boşlukları (nazal pasaj) ve nazofarenks (Anterior rinoskopi dahil) / Nasal passages and naso-pharynx (incl. anterior rhinoscopy)		
(408) Vestibüler sistem (Romberg testi dahil) / Vestibular system incl. Romberg test		
(409) Konuşma / Speech		
(410) Sinüsler / Sinuses		
(411) Dış kulak yolu, kulak zarı / Ext acoustic meati, tympanic membranes		
(412) Pnömatik otoskopi / Pneumatic otoscopy		
(413) İmpedans timpanometrisi Valsalva manevrası dahil (sadece ilk başvuruda) / Impedance tympanometry including Valsalva manoeuvre (initial only)		
Ek Testler (Gerekirse) / Additional Testing (If Indicated)	Yapılmadı/Not Performed	Normal
(414) Konuşma odyometrisi / Speech audiometry		
(415) Posterior rinoskopi / Posterior rhinoscopy		
(416) EOG; spontan ve pozisyona bağlı nistagmus / EOG; spontaneous and positional nystagmus		
(417) Diferansiyel kalorik test veya vestibüler otorotasyon testi / Differential vestibular autorotation test/caloric test		
(418) Ayna veya fiber laringoskopi / Mirror or fibre laryngoscopy		

(419) Saf Ton Odyometri / Pure tone audiometry

dB HL (Duyma Düzeyi) / dB HL (Hearing Level)		
Hz	Sağ Kulak / Right Ear	Sol Kulak / Left Ear
250		
500		
1000		
2000		
3000		
4000		
6000		
8000		

(420) Odyogram / Audiogram

dB/HL	o = Sağ / Right = Hava / Air x = Sol / Left = Kemik / Bone							
	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
0								
10								
20								
30								
40								
50								
60								
70								
80								
90								
100								
Hz	250	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000

(421) KBB Yorumlar ve Tavsiyeler / Otorhinolaryngology remarks and recommendation:

Yorumlar / Remarks:

(422) KBB Uzmanının Beyanı / Examiner's declaration:

Ben/AME grubumun bu KBB muayene raporunda adı geçen başvuru sahibini şahsen muayene ettiğimizi ve muayene raporunda ve eklerindeki bulgularımın tamamının doğru olduğunu beyan ederim. / I hereby certify that I/my AME group have personally examined the applicant named on this medical examination report and that this report with any attachment embodies my findings completely and correctly.

(423) Yer ve tarih / Place and date:	KBB Uzmanının Adı ve Adresi: (Büyük harflerle) / ORL examiner's name and address: (block capitals)	KBB Uzmanının Kaşesi ve numarası / AME or specialist stamp with No:
AME, Yetkili Tabip imzası / AME, DmE signature:	E-posta / E-mail: Telefon No / Telephone No: Faks No / Telefax No:	

KBB MUAYENE RAPORU / OTORHINOLARYNGOLOGY EXAMINATION REPORT FORM

Doküman No: SHGM.UOD.20281427.FR53ATC

Yürürlük Tarihi: 01/01/2022

Revizyon No/ Tarihi: 01 – 03.03.2023