

**KİŞİNİN KENDİ BEYANI:**

Golf sağlığı ön sorgulama belgesindeki sorulara ilişkin cevaplar kendim / velisi tarafından doldurulmuştur. Beyan ve teyid ederim.

Adı - Soyadı

İmza

(Sporcunun kendisi veya reşit değilse velisi)

.....

**Federasyon Sağlık Kurulu  
Tarafından Görülmüştür.**

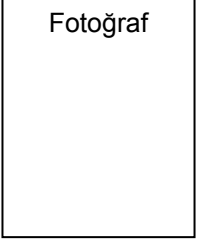
Süleyman Seba Cd. BJK Plaza No:48 A Blok Kat 1 Daire:4 34357  
Beşiktaş-İstanbul / TURKEY  
Tel: +902122580718 Fax :+902122368304  
Web: [www.tgf.org.tr](http://www.tgf.org.tr) E-mail: [info@tgf.org.tr](mailto:info@tgf.org.tr)

**Bu form [www.tgf.org.tr](http://www.tgf.org.tr) ' den çoğaltılabilir.**



**Türkiye Golf Federasyonu**

Fotoğraf



**AMATÖR GOLF SPORCUSU  
SAĞLIK İZİN BELGESİ**

ADI, SOYADI:.....

DOĞUM YERİ VE TARİHİ:.....

UYRUĞU:.....

TC KİMLİK NO:.....

SPOR KULUBÜ:.....

TELEFON:.....

CEP TELEFONU:.....

E-POSTA:.....

MESLEK:.....

İŞLEMİN YAPILDIĞI TARİH:.....

ADRES:.....

.....

**İMZA**

(Sporcunun kendisi veya reşit değilse velisi)

**GENEL SAĞLIK KONTROLÜ ÖN SORGULAMA FORMU**

Adı Soyadı .....

Kan Grubu ..... RH .....

Soygeçmişi (Anne, baba veya kardeşlerinizde aşağıdaki rahatsızlıklardan mevcut olanları işaretleyiniz.)

Diabet	Hipertansiyon	Alerji	Kalp Hastalıkları	Astım	Epilepsi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Özgeçmiş	Evet	Hayır
Sigara içiyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öksürük şikayetiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Öksürürken balgam ve kan gözlüyorsunuzuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astım hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiç nefes alma zorluğunuz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
İki kat merdiven çıkarken mola verir misiniz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geceleri zor nefes alma şikayetiniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doğuştan kalp probleminiz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalp krizi geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ailede 60 yaşından önce kalbe bağlı ani ölüm var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Göğüs ağrınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiç önemli bir bulgusu olan EKG niz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiç tansiyon yüksekliği saptandı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Böbreklerinizden bir rahatsızlık geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beyin damarları ile ilgili bir rahatsızlık geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hiç sara nöbet geçirdiniz mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ani bir biliç kaybı oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Görme probleminiz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Şeker hastalığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bel ve sırt probleminiz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kansızlığınız var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kesilerde zor duran kanama gibi probleminiz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bacaklarınızda belirgin varisleriniz var mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bağımlılık yapacak bir madde kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**LİSANS MUAYENE VİZESİ**

Adı Soyadı.....

**Vital bulgular**

Kalp Hızı	Kan basıncı	Boy	Kilo

**Hekim görüşü:**

.....

.....

.....

Yapılan fizik muayenede.....şüphesi bulunduğundan ileri teknik ve tedavi için bir sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi ve sağlık kurulu raporu aldıktan sonra Antrenman ve müsabakalara katılması uygundur.

.....

**Karar**

**Golf sporu yapmasında sağlık açısından bir engel****VARDIR****YOKTUR**

TARİH ..../..../.....

HEKİMİN ADI SOYADI:.....

DİPLOMA VE SİCİL NO:.....

(Kaşe - İmza)