|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2024-2025 SEZONUNDA GEÇERLİDİR**   |  | | --- | | RESİM  Doktor/ASKF Kaşesi |     ..………………………………………………  DURUM BİLDİRİR TEK HEKİM SAĞLIK RAPORU   |  |  | | --- | --- | | **BAŞVURU SAHİBİNİN** | | | T.C. Kimlik Numarası : | | | Adı ve Soyadı : |  | | Baba Adı : | Cinsiyeti : | | Doğum Tarihi : | Telefonu : | | Kurumu ve Görevi : SPORCU |  | | Rapor Tarihi : | Rapor No : | | Adres : |  |  |  | | --- | | ICD KODU VE TANI(LAR) : Z02.5 SPORA KATILIM İÇİN MUAYENE | | BULGU(LAR) : | | GENEL TIBBİ DEĞERLENDİRME KARARI :  Yukarıda bilgileri bulunan şahsın düzenlemiş olduğu bilgi formu ve ………………………………………… tarihinde yapılan fiziki muayenesi sonucunda ;  Hastalığı bulunmadığını bildirir hekim kanaat raporudur.  Tanı ve bulgular kısmında yer alan hastalıkların bulunduğunu bildirir hekim kanaat raporudur.  İleri tetkik için üst basamak sağlık kuruluşunda değerlendirilmesi uygundur. | | Rapor geçerlilik süresi 1(bir) yıldır. | | Rapor no zorunludur. |   HEKİM – KAŞE  İMZA  . |