

**SÜRÜCÜ/SÜRÜCÜ ADAYI TARAFINDAN DOLDURULACAK
BEYAN FORMU**

1-Sürücü/sürücü adayının		
Adı Soyadı		
Doğum Yeri ve Tarihi		
T.C. Kimlik Numarası		
Adresi		
Telefon Numarası		
2-Aşağıdaki durumlardan;	Evet	Hayır
a) İşitme kaybı var mı ?		
b) Baş dönmesi var mı ?		
c) Denge kaybı var mı ?		
ç) Uyku bozukluğu (Obstrüktif uyku apnesi sendromu) ve gündüz aşırı uyuklama hali var mı ?		
d) Kanser hastası mı ?		
e) Eklem hareketlerinde (baş,boyun,bel,el-ayak, ve kol-bacak hareketlerinde) kısıtlılık var mı ?		
f) Ektremite (el,ayak,kol,bacak,parmak) noksanlığı var mı ?		
g) Kas hastalığı (myopati,progresif muskuler distrofi, kas-sinir kavşak hastalıkları) var mı ?		
ğ) Şeker hastalığı var mı ?		
h) Kalp-damar hastalığı (anjinal yakınma, akut koroner sendrom tanısı, angioplasti, kalp yetmezliği, hipertansiyon, bilinç bozukluğuna yol açabilecek ritim bozukluğu, kalıcı pil implantasyonu) var mı ?		
ı) Organ yetmezliği (organ nakli geçirilmiş olması, kronik böbrek yetmezliği ve diğer hayati önemi haiz organlarda dekompanse yetmezlik) var mı ?		
i) Sinir sistemi hastalığı var mı ?		
j) Epilepsi(sara) hastalığı var mı ?		
k) Ruh hastalığı (ağır akıl hastalığı, zeka geriliği, demans(bunama), kişilik bozukluğu, ağır davranış bozukluğu) var mı ?		
l) Alkol bağımlılığı var mı ?		
m) Psikotrop madde bağımlılığı var mı ?		
n) Görme bozukluğu var mı ?		
o) Renk körlüğü var mı ?		
ö) Gece körlüğü(tavuk karası) var mı ?		
p) Göz kapağında düşme var mı ?		
r) Çift görme veya şaşılık var mı ?		
s) Blefarospazm, katarakt, afaki veya progresif göz hastalığı var mı ?		
ş) İki göz de görüyor mu ?		
3-"Yukarıda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim." Sürücü/sürücü adayının el yazısı ile yazılacaktır.	İmza	
	Adı-Soyadı	
	.../ .../	
4-Sürücü belgesini aldığım tarihten itibaren yukarıda belirtilen durumlardan herhangi birinin oluşması durumunda ikametimin bulunduğu yerdeki Emniyet Yetkililerini bilgilendireceğimi taahhüt ederim.	İmza	