

AKD KIDS STUDENT MEDICAL REPORT
(AKD KIDS ÖĞRENCİ TIBBİ RAPORU)

Student's Name(Öğrenci Adı): _____

Date of Birth(Doğum Tarihi): _____

Gender (Cinsiyeti): _____

Blood Type (Kan Grubu): _____

Height(Boy): **Weight**(Kilo): **Hair Color**(Saç Rengi): **Eye Color**(Göz rengi):

1. Special medical conditions(Özel Tıbbi Durumu) _____

2. Chronic illnesses (Kronik Rahatsızlıklar) _____

3. History of serious injuries or hospitalizations of which we should be aware (Farkında olmamız gereken ciddi yaralanmalar veya hastaneye yatırma geçmişi)

4. Diabetes(Diyabet) Yes No

5. Medication that will be administered regularly at school(Okulda düzenli verilmesi gereken ilaçlar)

6. Special dietary needs(Özel Diyet İhtiyacı) _____

7. Physical Restrictions(Fiziksel kısıtlamalar) _____

8. Is your child able to fully participate in all of the activities offered by AKD KIDS? Yes No
(Çocuğunuz AKD KIDS tarafından sunulan aktivitelere katılabilir mi?) Evet Hayır

9. Can your child effectively communicate his or her needs? Yes No
(Çocuğunuz ihtiyaçlarını ifade eder mi?) Evet Hayır

10. Does your child require any assistance at mealtime? Yes No
(Çocuğunuz yemek saatlerinde yardıma ihtiyaç duyar mı?) Evet Hayır

11. Does your child rest in the middle of the day? Yes No
(Çocuğunuz gün ortasında uyur mu?) Evet Hayır

12. Is your child toilet trained? Yes No
(Çocuğunuzun tuvalet eğitimi var mı?) Evet Hayır

Please note if your child had any of the diseases listed below

(Çocuğunuz aşağıda listelenen hastalıklardan geçirdiyse işaretleyiniz)

Date (Tarih)

- | | |
|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Bronchiolitis/pneumonia(Bronşit/Zatürre) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Chicken Pox (Suçiçeği) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis (Hepapit) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Scarlet Fever (Kızıl) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Measles Rubella (Kızamık) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Rubella (Kızamıkçık) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mumps (Kabakulak) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Pertussis(Whooping Cough) (Boğmaca) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Other serious illness (Diğer Ciddi Rahatsızlıklar) | _____ |

ALLERGIES (Alerjiler)

Medications(*İlaçlar*) _____ Reaction (*Reaksiyon*) _____

Food(*Gıda*) _____ Reaction(*Reaksiyon*) _____

Respiratory(*Solunum*) _____ Reaction(*Reaksiyon*) _____

Bee Sting(*Arı Sokması*) _____ Reaction(*Reaksiyon*) _____

Other(*Diğer*) _____ Reaction(*Reaksiyon*) _____

STUDENT'S MEDICAL CARE PROVIDER/ FACILITY
(*ÖĞRENCİNİN TIBBİ BAKIMINI SAĞLAYAN/ TESİS*)

Student's Doctor Name: _____ **Clinic Name:** _____
(*Doktorun Adı*) (Klinik Adı)

Doctor's address (Doktor'un Adresi): _____

Preffered Hospital/ Clinic for emergency care: _____
(*Tercih edilen Hastane/ Acil Durum için Klinik*)

Dentist Name (Diş Hekimi Adı): _____

Address (Adresi): _____

Private Health Insurance Provider and Policy Number: _____
(*Özel Sağlık Sigortası Saplayan Kurum ve Poliçe Numarası*)