

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

<b>1-Sürücü/sürücü adayının</b>		
Adı-Soyadı :		
Doğum Yeri ve Tarihi :		
T.C. Kimlik Numarası :		
Adresi :		
Telefon Numarası :		
Talep edilen sürücü belgesi sınıfı :		
<b>2-Aşağıdaki durumlardan;</b>		
	<b>Evet</b>	<b>Hayır</b>
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?		
ğ) Kalp-damar hastalığı (anjinal yakınma, akut koroner sendrom tanısı, angioplasti, kalp yetmezliği, hipertansiyon, bilinç bozukluğuna yol açabilecek ritim bozukluğu, kalıcı pil implantasyonu) var mı?		
h) Organ yetmezliği (organ nakli geçirilmiş olması, kronik böbrek yetmezliği ve diğer hayati önemi haiz organlarda dekompanse yetmezlik) var mı?		
ı) Sinir sistemi hastalığı var mı?		
i) Epilepsi (sara) hastalığı var mı?		
j) Ruh hastalığı (ağır akıl hastalığı, zekâ geriliği, demans(bunama), kişilik bozukluğu, ağır davranış bozukluğu) var mı?		
k) Alkol bağımlılığı var mı?		
l) Psikotrop madde bağımlılığı var mı?		
m) Görme bozukluğu var mı?		
n) Renk körlüğü var mı?		
o) Gece körlüğü (tavuk karası) var mı?		
ö) Göz kapağında düşme var mı?		
p) Çift görme veya şaşılık var mı?		
r) Blefarospazm, katarakt, afaki veya progresif göz hastalığı var mı?		
s) İki göz de görüyor mu?		
<b>3-“Yukarıda belirtilen bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.” Sürücü/sürücü adayının el yazısı ile yazılacaktır.</b>	İmza Adı-soyadı ...../...../.....	
<b>4-Sürücü belgesini aldığım tarihten itibaren yukarıda belirtilen durumlardan herhangi birinin oluşması durumunda ikametimin bulunduğu yerdeki Emniyet Yetkililerini bilgilendireceğimi taahhüt ederim.</b>	İmza	