

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HUDUT VE SAHİLLER SAĞLIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
REPUBLIC OF TURKEY MINISTRY OF HEALTH DG HEALTH FOR BORDER AND COASTAL AREAS OF TURKEY
YOLCU VE MÜRETTEBAT SAĞLIK BEYANI / PASSENGER AND CREW HEALTH DECLARATION

1. GEMİ ADI / SHIP'S NAME	2. IMO NO / IMO NUMBER	3. DATE / TARİH
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 2 0 2 0
4. ADINIZ / FIRST NAME	5. SOYADINIZ / FAMILY NAME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6. UYRUĞUNUZ / NATIONALITY	7. CİNSİYETİNİZ / YOUR SEX	8. YAŞINIZ / AGE
<input type="text"/>	MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9. TELEFON NUMARANIZ / PHONE NUMBER	10. E-POSTA ADRESİNİZ / EMAIL ADDRESS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11. SABİT ADRESİNİZ / PERMANENT ADDRESS		
<input type="text"/>		
12. ŞEHİR / CITY	13. DEVLET / STATE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14. TÜRKİYEDEKİ GEÇİCİ ADRESİNİZ / TEMPORARY ADDRESS IN TURKEY		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
15. ŞEHİR / CITY		
<input type="text"/>		

Aşağıdaki semptomlardan birisi varsa lütfen işaretleyiniz. / If you have one ore more symptoms below, please tick them.
 Ateş / High Fever Öksürük / Cough Boğaz Ağrısı / Sore Throat Solunum Güçlüğü/Shortness of Breath
Son 14 gün içerisinde şu ülkelerde bulundunuz mu? (Çin, Hong Kong, Güney Kore, Japonya, Tayland, Singapur, İran, İtalya)
Have you been in these countries in the past 14 days? (China, Hong Kong, South Korea, Japan, Tayland, Singapur, Iran, Italy)
 Evet / Yes Hayır / No

COVID-19 hastalık şüphesi olan birisiyle yakın temasta bulundunuz mu? Have you had close contacts with a patient who was suspected for COVID-19 infection?
 Evet / Yes Hayır / No

Yukarıdaki bilgiler doğru olduğunu beyan ederim.
I declared that the information above is correct.

İmza
Signature

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HUDUT VE SAHİLLER SAĞLIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
REPUBLIC OF TURKEY MINISTRY OF HEALTH DG HEALTH FOR BORDER AND COASTAL AREAS OF TURKEY
YOLCU VE MÜRETTEBAT SAĞLIK BEYANI / PASSENGER AND CREW HEALTH DECLARATION

1. GEMİ ADI / SHIP'S NAME	2. IMO NO / IMO NUMBER	3. DATE / TARİH
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> 2 0 2 0
4. ADINIZ / FIRST NAME	5. SOYADINIZ / FAMILY NAME	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6. UYRUĞUNUZ / NATIONALITY	7. CİNSİYETİNİZ / YOUR SEX	8. YAŞINIZ / AGE
<input type="text"/>	MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
9. TELEFON NUMARANIZ / PHONE NUMBER	10. E-POSTA ADRESİNİZ / EMAIL ADDRESS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
11. SABİT ADRESİNİZ / PERMANENT ADDRESS		
<input type="text"/>		
12. ŞEHİR / CITY	13. DEVLET / STATE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
14. TÜRKİYEDEKİ GEÇİCİ ADRESİNİZ / TEMPORARY ADDRESS IN TURKEY		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
15. ŞEHİR / CITY		
<input type="text"/>		

Aşağıdaki semptomlardan birisi varsa lütfen işaretleyiniz. / If you have one ore more symptoms below, please tick them.
 Ateş / High Fever Öksürük / Cough Boğaz Ağrısı / Sore Throat Solunum Güçlüğü/Shortness of Breath
Son 14 gün içerisinde şu ülkelerde bulundunuz mu? (Çin, Hong Kong, Güney Kore, Japonya, Tayland, Singapur, İran, İtalya)
Have you been in these countries in the past 14 days? (China, Hong Kong, South Korea, Japan, Tayland, Singapur, Iran, Italy)
 Evet / Yes Hayır / No

COVID-19 hastalık şüphesi olan birisiyle yakın temasta bulundunuz mu? Have you had close contacts with a patient who was suspected for COVID-19 infection?
 Evet / Yes Hayır / No

Yukarıdaki bilgiler doğru olduğunu beyan ederim.
I declared that the information above is correct.

İmza
Signature