



REPUBLIC OF TURKEY
HEALTH DECLARATION CARD
(T.C. SAĞLIK DEKLARASYON KARTI)
IMPORTANT NOTICE (ÖNEMLİDİR)



Complete every item in this health declaration card and submit it to the officer in charge
(Bu Sağlık Deklarasyon Kartındaki bölümlerin tamamını doldurun ve görevliye teslim edin.)

If You are not well, please inform the crew onboard now.
(Eğer rahatsızsanız lütfen mürettebata bildiriniz.)

Full Name as it appears in passport / travel document Pasaport / Seyahat belgesindeki tüm isim	1. Do you have fever, cough or breathing difficulty? (Ateş, Öksürük, Nefes almakta zorluğunuz varmı?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No. Evet Hayır
Nationality (Uyruğu) : Passport / NRIC No. (Pasaport Numarası) : Mode Of Transport (Ulaşım Yolu) <input type="checkbox"/> Air (Uçak) <input type="checkbox"/> Sea (Gemi) <input type="checkbox"/> Land (Kara Taşıtı) Flight Ro. / Vessel Name / Vehicle No. Seat No. (By Air Only) Uçuş No. / Araç İsmi / Araç No. Koltuk No. (Sadece Uçak İçin)	2. Have you or your family members had close contact* with a person who has been diagnosed with Swine Influenza? (Ailenizden birisinin veya sizin Domuz Gribi Hastalığı teşhisi konulmuş birisi ile teması oldumu?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No. Evet Hayır Close contact means having cared for having lived with, or having had direct contact with respiratory secretions or body fluids of a person with Swine Influenza. (Yakın TEMAS Domuz Gribi Hastası olan bir kişinin vücut sıvıları veya solunum salgıları ile direk temas veya aynı ortamda yaşamak anlamındadır.)
Please provide your contact details in Turkey (Lütfen Türkiye'deki Adres ve Telefon Bilgilerinizi Yazın) <input type="checkbox"/> Not Applicable-I am a transit passenger (Transit yolcu olduğum için mümkün değildir) Address (Adres) : _____	3. Please indicate all countries that you travelled to within the last 10 days: (Lütfen son on gün içinde seyahat etmiş olduğunuz tüm ülkeleri yazınız.) a- _____ b- _____ c- _____ d- _____
Telephone (Telefon) : Home/Office (Ev/İş) : _____ Mobile (Çep) : _____ Fever (Ateş) : _____ C	I declare the above information to be true and complete to the best of my knowledge. I am aware that the giving of wrong and incomplete knowledge about infectious diseases will be punished according to the laws of the Republic of Turkey. I am aware that I may be subject to medical examination upon arrival in Turkey. (Yukarıda belirtilmiş olduğum tüm ifadelerin doğru ve eksiksiz olduğunu kabul ediyorum. Enfeksiyon hastalıkları hakkında yanlış veya eksik bilgi vermenin Türkiye Cumhuriyeti kanunlarına göre cezai işlem gerektirdiğini bilmekteyim. Türkiye'ye vardığımda tıbbi muayeneye tabi olabileceğimin bilincindeyim.) Date of Arrival / Variş Zamanı Signature / İmza