

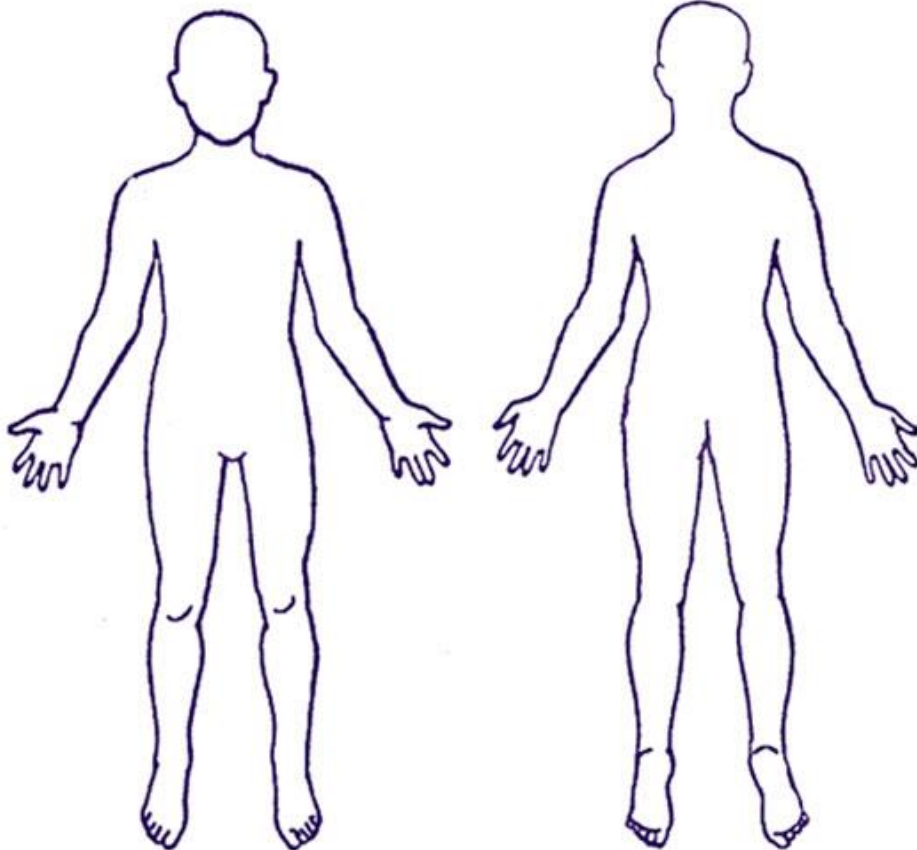
English	Türkçe
<p>Patient Questionnaire for newly arrived migrants in the UK: Children and Young People</p>	<p>Birleşik Krallık'a yeni gelen göçmenlere yönelik sağlık anketi: Çocuklar ve Gençler</p>
<p>Everyone has a right to register with a GP. You do not need proof of address, immigration status, ID or an NHS number to register with a GP</p> <p>This questionnaire is to collect information about children's health so that the health professionals at your GP practice can understand what support, treatment and specialist services they may need in accordance with the confidentiality and data sharing policies of the National Health Service.</p> <p><b>Competent young people aged under 18 may complete the adult version for themselves.</b></p> <p>Your GP will not disclose any information you provide for purposes other than your direct care unless: you have consented (e.g. to support medical research); or they are required to do so by law (e.g. to protect other people from serious harm); or because there is an overriding public interest (e.g. you are suffering from a communicable disease). Further information about how your GP will use your information is available from your GP practice.</p> <p>Return your answers to your GP practice.</p>	<p>Herkesin Genel Pratisyenliğe (GP) başvurma hakkı bulunmaktadır. GP'ye başvurmak için adres, göçmenlik statüsü, kimlik veya USH (Ulusal Sağlık Hizmetleri) numarasına ihtiyaç yoktur.</p> <p>Bu anketin amacı GP hizmetleri sağlayan sağlık uzmanlarının, Ulusal Sağlık Hizmetinin gizlilik ve veri paylaşımı politikalarına uygun olarak çocukların ne tür desteğe, tedaviye ve uzmanlık hizmetlerine ihtiyaç duyabileceklerini anlamak için çocukların sağlığı hakkında bilgi toplamaktır.</p> <p><b>Yeterlilik gösteren 18 yaş altı olan gençler bu anketin yetişkinler için olanını tamamlayabilirler.</b></p> <p>GP hizmeti sağlayıcınız, siz onay vermedikçe (örn. herhangi bir tıbbi araştırmanın desteklenmesi gibi); kanunen sağlık hizmeti sağlayıcınıza müsaade edilmedikçe (örn. diğer insanları ciddi zararlardan korumak gibi); veya kamu yararı öne çıkmadıkça (örn. bulaşıcı bir hastalıktan muzdarip olunması gibi) doğrudan sağlığınız ile ilgili olması dışında verdiğiniz hiçbir bilgiyi açıklamayacaktır. Pratisyen Hekiminizin verdiğiniz bilgileri nasıl kullanabileceği hakkında daha fazla bilgiyi GP hizmeti sağlayıcınızdan ulaşabilirsiniz.</p> <p>Cevaplarınızı GP hizmeti sağlayıcınıza iletmeniz rica olunur.</p>

Person completing	Anketi tamamlayan kişi
Who is completing this form: <input type="checkbox"/> Child's Parent <input type="checkbox"/> Child's legal guardian/carer	Bu formu kim tamamlıyor: <input type="checkbox"/> ocuęun velisi <input type="checkbox"/> ocuęun yasal varisi/bakıcısı
Section one: Personal details	Bölüm bir: Kişisel Bilgiler
Child's full name:	ocuęun adı soyadı:
Child's date of birth: Date _____ Month _____ Year _____	ocuęun doğum tarihi: Gün _____ Ay _____ Yıl _____
Child's address:	ocuęun ikamet adresi:
Mother's name:	Anne adı:
Father's name:	Baba adı:
Contact telephone number(s):	İrtibat numara(ları):
Email address:	E-posta adresi:
<b>Please tick all the answer boxes that apply to your child.</b>	<b>ocuęunuza uyan tüm seenekleri lütfen işaretleyin.</b>

<p>1.1 Which of the following best describes your child:</p> <p><input type="checkbox"/> Male</p> <p><input type="checkbox"/> Female</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Prefer not to say</p>	<p>1.1 Aşağıdakilerden hangisi çocuğunuzu tanımlar:</p> <p><input type="checkbox"/> Erkek</p> <p><input type="checkbox"/> Kadın</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer</p> <p><input type="checkbox"/> Belirtmemeyi tercih ederim</p>
<p>1.2 Religion:</p> <p><input type="checkbox"/> Buddhist</p> <p><input type="checkbox"/> Christian</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Jewish</p> <p><input type="checkbox"/> Muslim</p> <p><input type="checkbox"/> Sikh</p> <p><input type="checkbox"/> Other religion</p> <p><input type="checkbox"/> No religion</p>	<p>1.2 Dinî inancınız:</p> <p><input type="checkbox"/> Budist</p> <p><input type="checkbox"/> Hristiyan</p> <p><input type="checkbox"/> Hindu</p> <p><input type="checkbox"/> Yahudi</p> <p><input type="checkbox"/> Müslüman</p> <p><input type="checkbox"/> Sih</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer dinî inanç</p> <p><input type="checkbox"/> Dinî inancım yok</p>
<p>1.3 Main spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p>	<p>1.3 Konuşulan ana dil:</p> <p><input type="checkbox"/> Arnavutça</p> <p><input type="checkbox"/> Arapça</p> <p><input type="checkbox"/> Darice</p> <p><input type="checkbox"/> İngilizce</p> <p><input type="checkbox"/> Farsça</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer</p> <p><input type="checkbox"/> Rusça</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya dili</p> <p><input type="checkbox"/> Ukraynaca</p> <p><input type="checkbox"/> Urduca</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamca</p>
<p>1.4 Second spoken language:</p> <p><input type="checkbox"/> Albanian</p> <p><input type="checkbox"/> Arabic</p> <p><input type="checkbox"/> Dari</p> <p><input type="checkbox"/> English</p> <p><input type="checkbox"/> Persian</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <p><input type="checkbox"/> Russian</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya</p> <p><input type="checkbox"/> Ukrainian</p> <p><input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamese</p> <p><input type="checkbox"/> None</p>	<p>1.4 Konuşulan ikinci dil:</p> <p><input type="checkbox"/> Arnavutça</p> <p><input type="checkbox"/> Arapça</p> <p><input type="checkbox"/> Darice</p> <p><input type="checkbox"/> İngilizce</p> <p><input type="checkbox"/> Farsça</p> <p><input type="checkbox"/> Diğer</p> <p><input type="checkbox"/> Rusça</p> <p><input type="checkbox"/> Tigrinya dili</p> <p><input type="checkbox"/> Ukraynaca</p> <p><input type="checkbox"/> Urduca</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamca</p> <p><input type="checkbox"/> Hiçbiri</p>
<p>1.5 Does your child need an interpreter?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	<p>1.5 Çocuğunuzun tercümana ihtiyacı var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p>
<p>1.6 Does your child need sign language support?</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>1.6 Çocuğunuzun işaret dili desteğine ihtiyacı var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır</p> <p><input type="checkbox"/> Evet</p>
<p>1.7 Who lives in the same household as your child now in the UK?</p> <p><input type="checkbox"/> Mother</p>	<p>1.7 Şu anda Birleşik Krallık'ta çocuğunuz ile aynı evde kim yaşıyor?</p> <p><input type="checkbox"/> Anne</p>

<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Brother(s) How many? _____ What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Sister(s) <input type="checkbox"/> How many? _____ <input type="checkbox"/> What age(s)? _____ <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> How many? _____	<input type="checkbox"/> Baba <input type="checkbox"/> Erkek kardeş(ler) Kaç kişi? _____ Yaş(ları)? _____ <input type="checkbox"/> Kız kardeş(ler) <input type="checkbox"/> Kaç kişi? _____ <input type="checkbox"/> Yaş(ları)? _____ <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Kaç kişi? _____
<p>1.8 Does your child attend nursery or school?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> My child is under 2 years of age <input type="checkbox"/> We have applied for a place but have not yet been allocated a nursery/school <input type="checkbox"/> I would like information on where I can get support to apply for a nursery or school place  <input type="checkbox"/> Yes – please give name of nursery or school _____	<p>1.8Çocuğunuz kreş ya da okula gidiyor mu?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Çocuğum 2 yaş altıdır <input type="checkbox"/> Bir kuruma başvuruda bulduk ancak henüz bir kreşe/okula atamamız olmadı <input type="checkbox"/> Kreş ya da okula başvuru yapabileceğim kurumlar hakkında bilgi almak isterim  <input type="checkbox"/> Evet – lütfen kreş ya da okul adını belirtiniz _____
<p><b>Section two: Health questions</b></p>	<p><b>Bölüm iki: Sağlık soruları</b></p>
<p>2.1 Do you have any concerns about your child?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.1Çocuğunuz hakkında kaygı duyduğunuz herhangi bir konu var mı?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
<p>2.2 Is your child currently unwell or ill?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.2Çocuğunuz şu anda rahatsız veya hasta mı?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
<p>2.3 Does your child need an urgent help for a health problem?</p> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<p>2.3Çocuğunuzun herhangi bir sağlık sorunu ile ilgili acil yardıma ihtiyacı var mı?</p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
<p>2.4 Does your child currently have any of the following symptoms? Please tick all that apply</p> <input type="checkbox"/> Weight loss <input type="checkbox"/> Cough	<p>2.4Çocuğunuz aşağıdaki belirtilerden herhangi birini taşıyor mu? Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin</p> <input type="checkbox"/> Kilo kaybı <input type="checkbox"/> Öksürük

<input type="checkbox"/> Coughing up blood <input type="checkbox"/> Night sweats <input type="checkbox"/> Extreme tiredness <input type="checkbox"/> Breathing problems <input type="checkbox"/> Fevers <input type="checkbox"/> Diarrhoea <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Skin complaints or rashes <input type="checkbox"/> Blood in their urine <input type="checkbox"/> Blood in their stool <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Pain <input type="checkbox"/> Low mood <input type="checkbox"/> Anxiety <input type="checkbox"/> Distressing flashbacks or nightmares <input type="checkbox"/> Difficulty sleeping <input type="checkbox"/> Feeling that they want to harm themselves or give up on life <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Kanlı öksürük <input type="checkbox"/> Gece terlemesi <input type="checkbox"/> Aşırı yorgunluk <input type="checkbox"/> Solunum sorunları <input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> İshal <input type="checkbox"/> Kabızlık <input type="checkbox"/> Cilt şikayetleri veya dökünüleri <input type="checkbox"/> Kanlı idrar <input type="checkbox"/> Kanlı dışkı <input type="checkbox"/> Baş ağrısı <input type="checkbox"/> Ağrı <input type="checkbox"/> Düşük ruh hali <input type="checkbox"/> Kaygı <input type="checkbox"/> Üzücü olay anımsamaları veya kabuslar <input type="checkbox"/> Uykusuzluk <input type="checkbox"/> Kendisine zarar verme veya hayatını sonlandırma hissi <input type="checkbox"/> Diğer
<p>2.5 Please mark on the body image the area(s) where they are experiencing their current health problem(s)</p>	<p>2.5 Lütfen, mevcut sağlık sorununu (veya sorunlarını) hissettiğiniz noktayı (veya noktaları) vücut görselinde işaretleyin</p>



<p>2.6 Was your child born prematurely (delivered early – before 37 weeks/8.5 months of pregnancy)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.6Çocuğunuz prematüre olarak mı doğdu (erken doğum - 37 hafta/8.5 ay gebelik öncesi doğum)?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p>
<p>2.7 Did your child have any health problems soon after delivery e.g. breathing problems, infection, brain injury?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.7Çocuğunuz doğum sonrası kısa süre içinde herhangi bir sağlık sorunu ile mi doğdu, örn. solunum rahatsızlıkları, enfeksiyon, beyin hasarı gibi?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p>
<p><b>2.8 New babies only (up to 3 months old):</b> Has your child had a 6-8 week post delivery health check by a GP (doctor)?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.8Sadece (3 aylığa kadar) yeni doğan bebeklere yönelik:</b> Çocuğunuz doğumdan 6-8 hafta sonrası bir GP (pratisyen hekim) tarafından sağlık taramasından geçirildi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p>
<p>2.9 Does your child have any known health problems?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.9Çocuğunuzun bilinen bir sağlık sorunu var mı?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p>
<p>2.10 Does your child have any of the following? Please tick all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Blood disorder <input type="checkbox"/> Sickle cell anaemia <input type="checkbox"/> Thalassaemia <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Dental problems <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsy <input type="checkbox"/> Eye problems <input type="checkbox"/> Ears, nose or throat <input type="checkbox"/> Heart problems <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Kidney problems <input type="checkbox"/> Liver problems <input type="checkbox"/> Mental health problems <input type="checkbox"/> Low mood/depression <input type="checkbox"/> Anxiety</p>	<p>2.10Çocuğunuz aşağıdakilerden herhangi birine sahip mi? Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin</p> <p><input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Kanama bozukluğu <input type="checkbox"/> Orak hücre anemisi <input type="checkbox"/> Talasemi (Akdeniz anemisi) <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Diş hastalıkları <input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Epilepsi (Sara) <input type="checkbox"/> Göz hastalıkları <input type="checkbox"/> Kulak, burun veya boğaz rahatsızlığı <input type="checkbox"/> Kalp hastalıkları <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hepatit C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Böbrek hastalıkları <input type="checkbox"/> Karaciğer hastalıkları <input type="checkbox"/> Akıl sağlığı bozuklukları <input type="checkbox"/> Düşük ruh hali/depresyon</p>

<input type="checkbox"/> Post-traumatic stress disorder (PTSD) <input type="checkbox"/> Previously self-harmed <input type="checkbox"/> Attempted suicide <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Skin disease <input type="checkbox"/> Thyroid disease <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Kaygı <input type="checkbox"/> Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) <input type="checkbox"/> Geçmişte kendine zarar verme <input type="checkbox"/> İntihar teşebbüsü <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/> Cilt hastalığı <input type="checkbox"/> Tiroid hastalığı <input type="checkbox"/> Tüberküloz (verem) <input type="checkbox"/> Diğer
2.11 Has your child ever had any operations / surgery? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.11Çocuğunuz hiç cerrahi/ameliyat geçirdi mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2.12 Does your child have any physical injuries due to war, conflict or torture? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.12Çocuğunuzda savaş, çatışma veya işkence kaynaklı herhangi bir fiziksel yaralanma var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2.13 Does your child have any mental health problems? These could be from war, conflict, torture or being forced to flee your country? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.13Çocuğunuzda herhangi bir akıl sağlığı sorunu var mı? Bunlar savaş, çatışma ve işkence sonrası veya ülkenizden kaçmaya zorlanmadan kaynaklı olabilir. <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2.14 Does your child have any physical disabilities or mobility difficulties? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.14Çocuğunuzda herhangi bir fiziksel engel veya hareket kısıtlılığı var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2.15 Does your child have any sensory impairments? Please tick all that apply <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Blindness <input type="checkbox"/> Partial sight loss <input type="checkbox"/> Full hearing loss <input type="checkbox"/> Partial hearing loss <input type="checkbox"/> Smell and/or taste problems	2.15Çocuğunuzda herhangi bir duyuşal bozukluk var mı? Lütfen uyan tüm seçenekleri işaretleyin <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Körlük <input type="checkbox"/> Kısmi görme kaybı <input type="checkbox"/> Tam işitme kaybı <input type="checkbox"/> Kısmi işitme kaybı <input type="checkbox"/> Koku ve/veya tat alma sorunları
2.16 Do you think your child has any learning difficulties or behaviour problems? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.16Çocuğunuzda herhangi bir öğrenme güçlüğü veya davranış bozukluğu olduğunu düşünüyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet

<p>2.17 Do you have any concerns about your child's growth e.g. their weight/height?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.17Çocuğunuzun gelişimi ile ilgili herhangi bir kaygınız var mı, örn. kilo/boy gibi?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p>				
<p>2.18 <b>Babies only:</b> Is your child experiencing any feeding problems e.g. vomiting, reflux, refusing milk?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p><b>2.18Sadece bebekler:</b> Bebeğiniz herhangi bir beslenme sorunu yaşıyor mu, örn. kusma, reflü veya anne sütü reddetme gibi?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p>				
<p>2.19 Has a member of your child's immediate family (father, mother, siblings, and grandparents) had or suffered from any of the following?</p> <p><input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Depression/Mental health illness <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Heart attack <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> High blood pressure <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Learning difficulties <input type="checkbox"/> Stroke <input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB) <input type="checkbox"/> Other</p>	<p>2.19Çocuğunuz ile birinci derece kan bağı olan (örn. baba, anne, kardeş veya büyükbaba, büyükanne) bir aile bireyi aşağıdakilerden herhangi birini geçirdi mi?</p> <p><input type="checkbox"/> Astım <input type="checkbox"/> Kanser <input type="checkbox"/> Depresyon/Akıl sağlığı hastalığı <input type="checkbox"/> Diyabet <input type="checkbox"/> Kalp krizi <input type="checkbox"/> Hepatit B <input type="checkbox"/> Hipertansiyon <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Öğrenme güçlüğü <input type="checkbox"/> Felç <input type="checkbox"/> Tüberküloz (verem) <input type="checkbox"/> Diğer</p>				
<p>2.20 Is your child on any prescribed medicines?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list your child's prescribed medicines and doses in the box below</i></p> <p><b><i>Please bring any prescriptions or medicines to your child's appointment</i></b></p> <table border="1" data-bbox="145 1850 778 1888"> <tr> <td>Name</td> <td>Dose</td> </tr> </table>	Name	Dose	<p>2.20Çocuğunuz herhangi bir reçeteli ilaç kullanıyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet –<i>Lütfen alttaki kutu içine çocuğunuzun kullandığı ilaçları ve dozlarını belirtin</i></p> <p><b><i>Lütfen çocuğunuzun randevusuna gelirken reçetelerini veya ilaçlarını yanınızda bulundurun</i></b></p> <table border="1" data-bbox="826 1850 1453 1888"> <tr> <td>İsim</td> <td>Doz</td> </tr> </table>	İsim	Doz
Name	Dose				
İsim	Doz				



<p>2.21 Are you worried about running out of any these medicines in the next few weeks?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>	<p>2.21 Bu ilaçlardan herhangi birinin gelecek haftalarda tükeneceği endişesi duyuyor musunuz?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet</p>								
<p>2.22 Does your child take any medicines that have not been prescribed by a health professional e.g medicines you have bought at a pharmacy/shop/on the internet or had delivered from overseas?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes –<i>please list medicines and doses in the box below</i></p> <p><b>Please bring any medicines to your child's appointment</b></p> <table border="1" data-bbox="151 1411 774 1854"> <thead> <tr> <th>Name</th> <th>Dose</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Name	Dose			<p>2.22 Çocuğunuz herhangi bir sağlık uzmanı tarafından yazılmamış, reçeteli olmayan (örn. bir eczane/mağaza/internet veya yurt dışından aldığınız) ilaç kullanıyor mu?</p> <p><input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet –<i>Lütfen alttaki kutu içine ilaçları ve dozlarını belirtin</i></p> <p><b>Lütfen çocuğunuzun randevusuna gelirken mevcut ilaçlarını yanınızda bulundurun</b></p> <table border="1" data-bbox="821 1451 1452 1892"> <thead> <tr> <th>İsim</th> <th>Doz</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	İsim	Doz		
Name	Dose								
İsim	Doz								
<p>2.23 Does your child have allergy to any medicines?</p>	<p>2.23 Çocuğunuzun herhangi bir ilaca alerjisi var mı?</p>								

<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
2.24 Does your child have allergy to anything else? (e.g. food, insect stings, latex gloves)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	2.24Çocuğunuzun herhangi başka bir şeye (örn. gıda, böcek sokması, lateks eldiven gibi) alerjisi var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
<b>Section three: Vaccinations</b>	<b>Bölüm üç: Aşılar</b>
3.1 Has your child had all the childhood vaccinations offered in their country of origin for their age? <b>If you have a record of your vaccination history, please bring this to your appointment.</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	3.1Çocuğunuz yaşına hitaben ülkesinde geçerli tüm çocuk aşıları yapıldı mı? <b>Çocuğunuzun aşı geçmişini gösteren kayıtlar varsa, randevuya gelirken lütfen, bunları yanınızda bulundurun.</b> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
3.2 Has your child been vaccinated against Tuberculosis (TB)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> I don't know	3.2Çocuğunuza tüberküloz (verem) aşısı yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
3.3 Has your child been vaccinated against COVID-19? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 1 dose <input type="checkbox"/> 2 doses <input type="checkbox"/> 3 doses <input type="checkbox"/> More than 3 doses <input type="checkbox"/> I don't know	3.3Çocuğunuza KOVİD-19 aşısı yapıldı mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> 1 doz <input type="checkbox"/> 2 doz <input type="checkbox"/> 3 doz <input type="checkbox"/> 3 dozdan fazla <input type="checkbox"/> Bilmiyorum
If there is something relating to your child's health that you do not feel comfortable sharing in this form and you would like to discuss it with a doctor, please call your GP and book an appointment	Bu ankette çocuğunuz ile ilgili paylaşmaktan çekindiğiniz bir konu varsa ve bunu bir doktorla görüşmek istiyorsanız lütfen hekiminizi arayıp randevu alınız.

