



GÜLHANE TIP FAKÜLTESİ  
AKADEMİK DANIŞMANLIK  
DEĞERLENDİRME VE İZLEM FORMU



<b>DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİNİN</b>	
Unvanı, Adı, Soyadı :	Tarih:
Anabilim / Bilim Dalı :	

<b>ÖĞRENCİNİN</b>	
Adı, Soyadı:	Telefon no. :
Numarası:	E-posta:
Cinsiyeti: <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> E	Fakülteye başladığı yıl :
Doğum tarihi :	Halen devam ettiği sınıf :
Mezun olduğu okul:	
Kaldığı yer/adres:	

<b>ÖĞRENCİNİN AİLESİ İLE İLGİLİ BİLGİLER</b>	
Ailesinin ikametgah adresi:	
ANNE <input type="checkbox"/> Hayatta <input type="checkbox"/> Ölmüş	BABA <input type="checkbox"/> Hayatta <input type="checkbox"/> Ölmüş
Adı, Soyadı :	Adı, Soyadı :
Telefon no. :	Telefon no. :
E-posta adr. :	E-posta adr. :
Meslek/Çalışma durumu :	Meslek/Çalışma durumu :
Anne ve babanın evlilik durumu <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış	
Kardeş sayısı ve okul durumları:	
Ailede kronik hastalık var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız)	
Ailede psikolojik hastalık var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız)	

<b>ÖĞRENCİNİN KİŞİSEL BİLGİLERİ</b>	
Kronik sağlık sorunu var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız)
Sürekli kullandığı ilaçlar var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız)
Barınma sorunu var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız)
Ailesinden gelen para var mı?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet (yazınız)

