

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU (EK-2)

İŞYERİNİN

ÜNİVAN :	TELEFON :
SGK SİCİL NO :	FAX :
ADRESİ :	E-Posta :

İşe giriş/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.

Çalışanın Adı ve Soyadı : Ali KILIÇARSLAN
Tarih : 18.02.2023

İmza

FOTOĞRAF

ÇALIŞANIN

Adı ve Soyadı	<u>Ali KILIÇARSLAN</u>	Eğitim Durumu	<u>Lise</u>
T.C.Kimlik Numarası	<u>19525839484</u>	Medeni Durumu	<u>Evlü</u>
Doğum Yeri / Tarihi	<u>Edirne 02.07.1985</u>	Çocuk Sayısı	<u>2 adet</u>
Cinsiyet	<u>Erkek</u>	Mesleği	<u>Soför</u>
Telefon Numarası	<u>05468093823</u>	Çalıştığı Bölüm	<u>Sarıyer</u>

Yaptığı İş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)

Ev Adresi : Cumhuriyet Mah. Fethi Cad. Cumhuriyet Apt. D.150 K.4 D.15
Havsa/Edirne İşe Giriş Tarihi : 18.02.2023

DAHA ÖNCE ÇALIŞTIĞI YERLER (Bugünden geçmişe doğru)

İş Kolu	Yaptığı İş	Giriş-Çıkış Tarihi
1. <u>Sel Sarayı</u>	<u>Soför</u>	<u>2022 2023</u>
2. <u>Marmara Yabancılar</u>	<u>Soför</u>	<u>2021 2022</u>
3.		

ÖZGEÇMİŞİ

Kan Grubu	<u>A Rh(+)</u>	Konjenital / Kronik Hastalık :	<u>Yok</u>
Bağışıklanma	Tetanoz : <u>x</u>	Hepatit :	<u>Diğer :</u>

SOYGEÇMİŞİ

Anne : Dudu Baba : Hilmi Kardeş : Bilal - Havsa Çocuk : Ali Evmen Hilmi Evmen

TIBBİ ANAMNEZ :

1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı ? (H, E ise tarih belirtiniz.)

Balgamlı Öksürük	Nefes Darlığı	Göğüs Ağrısı	Çarpıntı
<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>
Sırt ağrısı	İshal veya Kabızlık	Eklemlerde Ağrı	Diğer (belirtiniz)
<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>

2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu ? (H, E ise tarih belirtiniz.)

Kalp Hastalığı	Şeker Hastalığı	Böbrek Rahatsızlığı	Sarılık	Deri Hastalığı
<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>
Besin Zehirlenmesi	İşitme Kaybı	Görme Bozukluğu	Mide - Doud. Ülseri	Sinir Sistemi Hastalığı
<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>	<u>H</u>
Diğer (belirtiniz)	<u>H</u>			

3. Hastanede yattınız mı ? (H, Evet ise tanı ?)

Hayır

4. Ameliyat oldunuz mu ? (H, Evet ise neden ?)

Bu ameliyatı Etkenik aldırma

5. İş kazası geçirdiniz mi ? (H, Evet ise ne oldu?)

Hayır

6. Meslek Hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutuldu mu ? (H, Evet ise sonuç?)

Hayır

7. Maluliyet aldınız mı ? (H, Evet ise nedeni ve oranı ?)

Hayır

8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz ? (H, Evet ise nedir ?)

Hayır

9. Sigara içiyor musunuz ?	Evet	Evet	5 yıldır 20 adet/gün	Bırakmış yıl önce yıl içmiş adet/gün	Hayır
10. Alkol alıyor musunuz ?	Hayır	Evet yıldır sıklıkla	Bırakmış yıl önce yıl içmiş sıklıkla	Hayır

FİZİK MUAYENE SONUÇLARI

a) Duyu organları	Kulak Burun Boğaz	Göz	Deri
b) Kardiyovasküler Sistem Muayenesi			
c) Solunum Sistemi Muayenesi			
d) Sindirim Sistemi Muayenesi			
e) Ürogenital Sistem Muayenesi			
f) Kas-İskelet Sistemi Muayenesi			
g) Nörolojik Muayene			
ğ) Psikiyatrik Muayene			
h) Diğer			
i) TA:.....mmHg	Nb:...../Dk.	Boy:.....m	Kilo:.....Kg
Vücut Kitle İndeksi=			

LABORATUVAR BULGULARI

a) Biyolojik analizler	1) Kan	2) İdrar
b) Radyolojik analizler	1) Akciğer Filmi	2) Bel Filmi
c) Fizyolojik analizler	1) Odyometre	2) SFT
d) Psikolojik analizler	e) Diğer	1) EKG 2) Rutin Biyokimya

KANAAT VE SONUÇ

- 1 -işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
- 2 -şartıyla çalışmaya elverişlidir.

Tarih:/...../.....

(*Yapılan muayene sonucunda çalışanın gece veya vardiyalı çalışma koşullarında çalışıp çalışamayacağı ile vücut sağlığını ve bütünlüğünü tamamlayıcı uygun alet teçhizat vs... bulunması durumunda çalışan için bu koşullarla çalışmaya elverişli olup olmadığı kanaati belirtilecektir.)

İMZA

Adı ve Soyadı:

Diploma Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:

PERİYODİK MUAYENELER

TARİH:/...../.....	TARİH:/...../.....	TARİH:/...../.....	TARİH:/...../.....	TARİH:/...../.....
KAŞE:	KAŞE:	KAŞE:	KAŞE:	KAŞE:
İMZA:	İMZA:	İMZA:	İMZA:	İMZA:

* İş bu form 20 Temmuz 2013 tarihi ve 28713 sayılı İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmeliğe göre hazırlanmıştır.