

# İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU (EK-2)

## İŞYERİNİN

İŞYERİNİN İSİMİ :	TELEFON :
İŞYERİNİN T.C. KİMLİK NO :	FAX :
İŞYERİNİN ADRESİ :	E-Posta :

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

Çalışanın Adı ve Soyadı : Ahmet Keskin  
Tarih : 17.12.2024

İmza

FOTOĞRAF

## ÇALIŞANIN

Adı ve Soyadı	Ahmet Keskin	Eğitim Durumu	İlköğretim
T.C. Kimlik Numarası	23008087996	Medeni Durumu	Evlü
Doğum Yeri / Tarihi	ADILYAMAN	Çocuk Sayısı	3
Cinsiyet	Erkek	Mesleği	Soför (Manevra)
Telefon Numarası	0932 164 8796	Çalıştığı Bölüm	Manevra

Yaptığı İş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)

Ev Adresi : Akeler mah 1059 Sk. No:6/1 Esenyurt /İstanbul  
İşe Giriş Tarihi : 17.12.2024

## DAHA ÖNCE ÇALIŞTIĞI YERLER (Bugünden geçmişse doğru)

İş Kolu	Yaptığı İş	Giriş-Çıkış Tarihi
1. UĞUR GIDA	Soför	2020 - 2024
2.		
3.		

## ÖZGEÇMİŞİ

Kan Grubu	B Rh (-)	Konjenital / Kronik Hastalık :
Bağışıklanma	Tetanoz :	Hepatit :
		Diğer :

## SOYGEÇMİŞİ

Anne : Vefat	Baba : Vefat	Kardeş : 11	Çocuk : 3
--------------	--------------	-------------	-----------

## TIBBİ ANAMNEZ :

1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı ? (H, E ise tarih belirtiniz.)				
Balgamlı Öksürük	Nefes Darlığı	Göğüs Ağrısı	Çarpıntı	
H	H	H	H	
Sırt ağrısı	İshal veya Kabızlık	Eklemlerde Ağrı	Diğer (belirtiniz)	
H	H	H	H	
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu ? (H, E ise tarih belirtiniz.)				
Kalp Hastalığı	Şeker Hastalığı	Böbrek Rahatsızlığı	Sarılık	Deri Hastalığı
H	H	H	H	H
Besin Zehirlenmesi	İşitme Kaybı	Görme Bozukluğu	Mide -Doud. Ülseri	Sinir Sistemi Hastalığı
H	H	H	H	H
Diğer (belirtiniz)				
3. Hastanede yattınız mı ? (H, Evet ise tanı?) H				
4. Ameliyat oldunuz mu ? (H, Evet ise neden ?) H				
5. İş kazası geçirdiniz mi ? (H, Evet ise ne oldu?) H				
6. Meslek Hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutulduunuz mu? (H, Evet ise sonuç?) H				
7. Maluliyet aldınız mı ? (H, Evet ise nedeni ve oranı ?) H				
8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz ? (H, Evet ise nedir ?) H				



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

### FİZİK MUAYENE SONUÇLARI

1) Duyu organları	Kulak Burun Boğaz	Göz	Deri
2) Kardiyovasküler Sistem Muayenesi			
3) Solunum Sistemi Muayenesi			
4) Sindirim Sistemi Muayenesi			
5) Ürogenital Sistem Muayenesi			
6) Kas-İskelet Sistemi Muayenesi			
7) Nörolojik Muayene			
8) Psikiyatrik Muayene			
9) Diğer			
TA: ..... mmHg	Nb: ..... /Dk.	Boy: <u>181</u> m	Kilo: <u>85</u> Kg
Vücut Kitle İndeksi=			

### LABORATUVAR BULGULARI

1) Biyolojik analizler	1) Kan	2) İdrar
2) Radyolojik analizler	1) Akciğer Filmi	2) Bel Filmi
3) Fizyolojik analizler	1) Odyometre	2) SFT
4) Psikolojik analizler	e) Diğer	1) EKG 2) Rutin Biyokimya

### KANAAT VE SONUÇ

..... içinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.

..... 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: