

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

## İŞYERİNİN

UNVANI :

TELEFON :

SGK SİCİL NO :

FAX :

ADRESİ :

E-Posta :

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

FOTOĞRAF

Çalışanın Adı ve Soyadı : .....

Tarih : .....

İmza

## ÇALIŞANIN

Adı ve Soyadı	ALİ KÖME	Eğitim Durumu	Lise terk
T.C.Kimlik Numarası	10031846048	Medeni Durumu	Bekar
Doğum Yeri / Tarihi	Babaeski 26.05.2000	Çocuk Sayısı	Yok
Cinsiyet	Erkek	Mesleği	Şoför
Telefon Numarası	0 546 444 8164	Çalıştığı Bölüm	Şoför
Yaptığı İş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)			
Ev Adresi	Cumhuriyet Mahallesi 447. Sokak No 56 Arkası Kısı		
	İşe Giriş Tarihi : 09.01.2023		

## DAHA ÖNCE ÇALIŞTIĞI YERLER (Bugünden geçmişe doğru)

İş Kolu	Yaptığı İş	Giriş-Çıkış Tarihi
1. Mucit Lojistik	Şoför	09.01.2023
2.		
3.		

## ÖZGEÇMİŞİ

Kan Grubu	ORH+	Konjenital / Kronik Hastalık :
Bağışıklanma	Tetanoz :	Hepatit : Diğer :

## SOYGEÇMİŞİ

Anne :	Baba :	Kardeş :	Çocuk :
--------	--------	----------	---------

## TIBBİ ANAMNEZ :

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

Balgamlı Öksürük	Nefes Darlığı	Göğüs Ağrısı	Çarpıntı
Sırt ağrısı	İshal veya Kabızlık	Eklemlerde Ağrı	Diğer (belirtiniz)

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

Kalp Hastalığı	Şeker Hastalığı	Böbrek Rahatsızlığı	Sarılık	Deri Hastalığı
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