


İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU			
İŞYERİNİN			
Unvanı		TUŞBA KONUT İNŞ. TURZ.SAN. VE TİC.LTD.ŞTİ.	
SGK Sicil No			
Adresi		ŞEMSİBEY OSB MAH. AHTAMAR CADDESİ NO:17 TUŞBA VAN	
Tel No		0542-222-4543	
Faks No			
E-posta		tusbateks@gmail.com	
İşe giriş/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanın:		FOTOĞRAF	
Adı Soyadı :		ESMANUR ÖZYALÇIN	
İmzası :			
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı		ESMANUR ÖZYALÇIN	
T.C.Kimlik No		10335094230	
Doğum Yeri ve Tarihi		26.09.2004	
Cinsiyeti		KADIN	
Eğitim Durumu		ORTAOKUL	
Medeni Durumu		:	
Ev Adresi		Çocuk Sayısı : ...	
Tel No		5419691315	
Mesleği		TEKSTİL	
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :		ORTACI	
Çalıştığı bölüm		ORTACI	
Daha önce çalıştığı yerler (Hugünden geçmisse doğru):			
İşkolu		Yaptığı iş	
Giriş-çıkış tarihi			
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu			
Konjenital/kronik hastalık			
Bağışıklama			
Tetanoz		EVET	
Hepatit		EVET	
Diğer		:	
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:		Baba:	
CEMİLE		ÇEHRE	
Kardeş:		Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yoklumlardan herhangi birini yaşadınız mı?			
Balgamli öksürük		Göğüs ağrısı :	
:		Sırt ağrısı	
Nefes darlığı		Eklemelerde ağrı :	
:		İshal veya kabızlık:	
Çarpıntı		:	
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu?			
Kalp hastalığı		Sarılık	
:		Görme	
:		Bozukluğu	
Şeker hastalığı		Midre veya on iki parmak ülseri:	
:		Sinir sistemi hastalığı :	

<input type="checkbox"/>			
Böbrek rahatsızlığı :	<input type="checkbox"/>	İşitme kaybı: <input type="checkbox"/>	Deri hastalığı: <input type="checkbox"/>
3. Hastanede yattınız mı?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise tanı	
4. Ameliyat oldunuz mu?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise neden?	
5. İş kazası geçirdiniz mi?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise ne oldu?	
6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutulduunuz mu?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise sonuç?	
7. Maluliyet aldınız mı?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise nedeni ve oranı	
8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise nedir?	
9. Sigara içiyor musunuz?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	birakmış ... ay/yıl önce ... ay/yıl içmiş adet/gün içmiş	
	Evet : <input type="checkbox"/> yıldır adet/gün	
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	birakmış yıl önce yıl içmiş sıklıkla içmiş	
	Evet : <input type="checkbox"/> yıldır sıklıkla	
FİZİK MUAYENE SONUÇLARI			
a) Duyu organları	Göz: <input type="checkbox"/>	Kulak-Burun-Boğaz: <input type="checkbox"/>	Deri: <input type="checkbox"/>
b) Kardiyovasküler sistem muayenesi			
c) Solunum sistemi muayenesi			
ç) Sindirim sistemi muayenesi			
d) Ürogenital sistem muayenesi			
e) Kas-iskelet sistemi muayenesi			
f) Nörolojik muayene			
g) Psikiyatrik muayene			
ğ) Diğer	TA : /	mmHg	Nb: /dk
	Boy: 163		Kilo: 45 Vücut kitle indeksi:
LABORATUVAR BULGULARI			
a) Biyolojik analizler	Kan : <i>Ami H. b. t.</i>	İdrar:	
b) Radyolojik analizler			
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: <i>N</i>	SFT :	
ç) Psikolojik testler			
d) Diğer	<i>AK: N</i>		
KANAAT VE SONUÇ(*)			
1- <i>7.4.2022</i>	işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.		
2-	şartıyla çalışmaya elverişlidir.		
<p>(*) 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.</p>			
İmza :			
Adı ve soyadı :	DR. Mehmet Emin LAYIK		
Diploma tarih ve no :	DP.T.N. : 149504		
İşyeri hekimliği belgesi tarih ve no :	14776		