

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU			
İŞVERİNİN		TUŞBA KONUT İNŞ. TURZ.SAN. VE TİC.LTD.ŞTİ.	
Unvanı			
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/periodyok muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanım:		MEHMET SİDDİK BALTİK	
Adı Soyadı :			
İmzası :			
		FOTOĞRAF	
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı		MEHMET SİDDİK BALTİK	
T.C.Kimlik No		53938024396	
Doğum Yeri ve Tarihi		07.07.1981	
Cinsiyeti		ERKEK	
Eğitim Durumu		LİSE	
Medeni Durumu		:	
Ev Adresi		KARŞIYAKA MH.KARŞIYAKA 5.SK.	
Tel No		5377900521	
Mesleği		TEKSTİL	
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :		ŞÖFÖR	
Çalıştığı bölüm		ŞÖFÖR	
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmiye doğru):			
İşkolu		Yaptığı iş	
		Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu		-	
Konjenital/kronik hastalık		YOK	
Bağışıklama			
Tetanoz		EVET	
Hepatit		EVET	
Diğer			
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:		Baba:	
SABİHA		VEFA	
Kardeş:		Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakınlamalardan herhangi birini yaşadınız mı? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>			
Balgamlı öksürük : <input type="checkbox"/>		Göğüs ağrısı : <input type="checkbox"/>	
Nefes darlığı : <input type="checkbox"/>		Sırt ağrısı : <input type="checkbox"/>	
Çarpıntı : <input type="checkbox"/>		Eklemelerde ağrı : <input type="checkbox"/>	
İshal veya kabızlık: <input type="checkbox"/>			
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>			
Kalp hastalığı : <input type="checkbox"/>		Sarılık : <input type="checkbox"/>	
Görme bozukluğu : <input type="checkbox"/>		Besin zehirlenmesi : <input type="checkbox"/>	
Şeker hastalığı : <input type="checkbox"/>		Mide veya on iki parmak ülseri: <input type="checkbox"/>	
		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 type="checkbox"/>	bırakmış ... ay/yıl önce ... ay/yıl içmiş ... adet/gün içmiş			
	Evet : <input checked="" type="checkbox"/> yıldır adet/gün			
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır: <input type="checkbox"/>	bırakmış yıl önce yıl içmiş sıklıkla içmiş			
	Evet : <input type="checkbox"/> yıldır sıklıkla			
FİZİK MUAYENE SONUÇLARI					
a) Duyu organları	Göz: <input type="checkbox"/>	Kulak-Burun-Bogaz: <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: 172		Kilo: 76	Vücut kitle indeksi:	
LABORATUVAR BULGULARI					
a) Biyolojik analizler	Kan : <input checked="" type="checkbox"/>				
	İdrar: <input checked="" type="checkbox"/>				
b) Radyolojik analizler					
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: <input checked="" type="checkbox"/>				
	SFT : <input checked="" type="checkbox"/>				
ç) Psikolojik testler					
d) Diğer					
KANAAT VE SONUÇ(*)					
1- işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.					
2- şartıyla çalışmaya elverişlidir.					
15.4.2022					
(*) 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	: DR. Mehmet Emin LAYIK				
Diploma tarih ve no	: DP.T.N. : 149504				
İşyeri hekimliği belgesi tarih ve no	: 14776				