
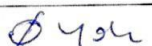
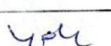


İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU									
İŞYERİNİN		TUŞBA KONUT İNŞ. TURZ.SAN. VE TİC.LTD.ŞTİ.							
SGK Sicil No									
Adresi		ŞEMSİBEY OSB MAH. AHTAMAR CADDESİ NO:17 TUŞBA VAN							
Tel No		0542-222-4543							
Faks No									
E-posta		tusbateks@gmail.com							
İşe giriş/periyojik muayene olmayı kabul ettiğini ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.									
Çalışan: Adı Soyadı : GÜLHAN ÖZİSTER İmzası : 						FOTOĞRAF			
ÇALIŞANIN									
Adı ve Soyadı		GÜLHAN ÖZİSTER							
T.C.Kimlik No		54214017408							
Doğum Yeri ve Tarihi		21.09.2001							
Cinsiyeti		KADIN							
Eğitim Durumu		LİSE							
Medeni Durumu		:							
Ev Adresi		BUZHANE MH.GÜLHANE SK.							
Tel No		5364351844							
Mesleği		TEKSTİL							
Yaptığı işi (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :		MAKİNACI							
Çalıştığı bölüm		MAKİNACI							
Daha önce çalıştığı yerler (Büyükten geçmisse doğru):									
İşkolu		Yaptığı iş				Giriş-çıkış tarihi			
ÖZGEÇMİŞİ									
Kan grubu		-							
Konjenital/kronik hastalık		YOK							
Bağışıklama									
		Tetanoz		EVET					
		Hepatit		EVET					
		Diğer		:					
SOY GEÇMİŞİ									
Anne:		DİLEK		Baba:		YILMAZ		Kardeş:	Çocuk:
TIBBİ ANAMNEZ									
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?  Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>									
Balgamlı öksürük		:		Göğüs ağrısı:		Sırt ağrısı		Ekstremlerde ağrı:	
Nefes darlığı		:		Çarpıntı		İshal veya kabızlık:			
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu?  Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>									
Kalp hastalığı		:		Sarılık		Görme bozukluğu		Besin zehirlenmesi:	
Şeker hastalığı		:		Mide 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"/>	bırakmış ... ay/yıl önce ... ay/yıl içmiş ... adet/gün içmiş	
		Evet : <input type="checkbox"/>	yıldır
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	bırakmış yıl önce yıl içmiş sıklıkla içmiş	
		Evet : <input type="checkbox"/>	yıldır
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:	Kilo: ...	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.		
14.09.2022			
(*) 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		