



İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU			
İŞVERİNİN			
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/periodydik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanım: Adı Soyadı : MEDET KESTAN İmzası : 			FOTOĞRAF
CALİŞANIN			
Adı ve Soyadı	MEDET KESTAN		
T.C.Kimlik No	11876431270		
Doğum Yeri ve Tarihi	21.01.2005		
Cinsiyeti	ERKEK		
Eğitim Durumu	İLKOKUL		
Medeni Durumu	:	Çocuk Sayısı : ...	
Ev Adresi			
Tel No	5372163486		
Mesleği	TEKSTİL		
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	ORTACI		
Çalıştığı bölüm	ORTACI		
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:	GÜLNAZ	Baba:	NACI
Kardeş:		Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakınlardan herhangi birini yaşadınız mı? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>			
Balgamlı öksürük	: <input type="checkbox"/>	Göğüs ağrısı : <input type="checkbox"/>	Sırt ağrısı : <input type="checkbox"/>
Nefes darlığı	: <input type="checkbox"/>	Çarpıntı : <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"/>
Şeker hastalığı	: <input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/> Evet ise tanı : <u>Agst</u>		
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 Evett : <input type="checkbox"/> ... yıldır ... adet/gün		
10. Alkol alıyor musunuz? Hayır: <input checked="" type="checkbox"/> bırakmış ... yıl önce ... yıl içmiş ... sıklıkla içmiş Evett : <input type="checkbox"/> ... yıldır ... sıklıkla		
FİZİK MUAYENE SONUÇLARI		
a) Duyu organları Göz: <input type="checkbox"/> Kulak-Burun-Boğaz: <input type="checkbox"/> Deri: <input checked="" 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: <u>170</u> Kilo: <u>66</u> Vücut kitle indeksi:		
LABORATUVAR BULGULARI		
a) Biyolojik analizler Kan : <u>N</u> İdrar:		
b) Radyolojik analizler		
c) Fizyolojik analizler Odyometre: <u>N</u> SFT :		
ç) Psikolojik testler <u>A(1)</u>		
d) Diğer		
KANAAT VE SONUÇ(*)		
1-		
2-		
14.4.2022		
(*) 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		