
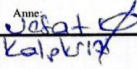



İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU			
İŞYERİNİN			
Unvanı	TUŞBA KONUT İNŞ. TURZ.SAN. VE TİC.LTD.ŞTİ.		
SGK Sicil No			
Adresi	ŞEMSİBEY OSB MAH. AHTAMAR CADDESİ NO:17 TUŞBA VAN		
Tel No	0542-222-4543		
Faks No			
E-posta	tusbateks@gmail.com		
İşe giriş/periodyok muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanın:		FOTOĞRAF	
Adı Soyadı :	KADİR	PATIR	
İmzası :			
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı	KADİR PATIR		
T.C.Kimlik No	14249960308		
Doğum Yeri ve Tarihi	10.04.1994		
Cinsiyeti	ERKEK		
Eğitim Durumu	ORTAOKUL		
Medeni Durumu	:	Çocuk Sayısı : ...	
Ev Adresi	SELİMBEY MH.KAPTAN SK.NO:101		
Tel No	5386433976		
Mesleği	TEKSTİL		
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	MAKİNACI		
Çalıştığı bölüm	MAKİNACI		
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):			
İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu	- A +		
Konjenital/kronik hastalık	YOK		
Bağışıklama			
	Tetanoz	EVET	
	Hepatit	EVET	
	Diğer		
SOY GEÇMİŞİ			
Anne: 	GÜLŞEN	Baba: 	MEHMET ALİ
Kardeş:		Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakınmalardan 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 checked="" type="checkbox"/> Eklemlerde ağrı: <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"/> Besin zehirlenmesi : <input type="checkbox"/>
Şeker hastalığı	: <input type="checkbox"/>	Mide veya on iki parmak ülseri:	Simir sistemi hastalığı: <input type="checkbox"/>

Böbrek rahatsızlığı : ☐

İşitme kaybı: ☐

Deri hastalığı: ☐

3. Hastanede yattınız mı?

Hayır: ☒

Evet ise tanı

4. Ameliyat oldunuz mu?

Hayır: ☒

Evet ise neden?

5. İş kazası geçirdiniz mi?

Hayır: ☒

Evet ise ne oldu?

6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutulduunuz mu?

Hayır: ☒

Evet ise sonuç?

7. Maluliyet aldınız mı?

Hayır: ☒

Evet ise nedeni ve oranı

8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Hayır: ☒

Evet ise nedir?

9. Sigara içiyor musunuz?

Hayır: ☐

Bırakmış ... ay/yıl önce

... ay/yıl içmiş

... adet/gün içmiş

Evet : ☒

... yıldır

... adet/gün

10. Alkol alıyor musunuz?

Hayır: ☒

Bırakmış ... yıl önce

... yıl içmiş

... sıklıkla içmiş

Evet : ☐

... yıldır

... sıklıkla

FİZİK MUAYENE SONUÇLARI

a) Duyu organları

Göz: ☐

Kulak-Burun-Boğaz: ☐

Deri: ☐

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 : ☒

İdrar:

b) Radyolojik analizler

c) Fizyolojik analizler

Odyometre: ☒

SFT

ç) Psikolojik testler

d) Diğer

KANAAT VE SONUÇ(*)

- 1- ... işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
2- ... şartıyla çalışmaya elverişlidir.

16.6.2022

(*) 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

DR. Mehmet Emin LAYIK
T.C. Kimlik No: 149504
İşyeri Tesis No: 14776