

İŞYERİNİN		İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU	
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.			
Çalışan:		FOTOĞRAF	
Adı Soyadı :		DENİZ MUTAF	
İmzası :			
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı	DENİZ MUTAF		
T.C.Kimlik No	15481474622		
Doğum Yeri ve Tarihi	13.10.1980		
Cinsiyeti	ERKEK		
Eğitim Durumu	İLKOKUL		
Medeni Durumu	:		
Ev Adresi	Çocuk Sayısı : ...		
Tel No	SULTANÇİFTLİĞİ MH.		
Mesleği	5424352736		
Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	TEKSTİL		
Çalıştığı bölüm	USTABAŞI		
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):	USTABAŞI		
İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu	A+		
Konjenital/kronik hastalık	YOK		
Bağışıklama			
Tetanoz	EVET		
Hepatit	EVET		
Diğer			
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:	DM	HÜSNIYE	Baba: TURAN
Kardeş:	Çocuk:		
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?			
Balgamlı öksürük	: <input type="checkbox"/>	Göğüs ağrısı	: <input type="checkbox"/>
Nefes darlığı	: <input type="checkbox"/>	Çarpıntı	: <input type="checkbox"/>
		Sırt ağrısı	: <input type="checkbox"/>
		Eklemlerde ağrı	: <input type="checkbox"/>
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu?			
Kalp hastalığı	: <input type="checkbox"/>	Sarılık	: <input type="checkbox"/>
Şeker hastalığı	: <input type="checkbox"/>	Görme bozukluğu	: <input type="checkbox"/>
		Besin zehirlenmesi	: <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 type="checkbox"/> Evet ise tanı Ameliyat oldu Bacak		
4. Ameliyat oldunuz mu? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet ise neden? Bırakıldı Ameliyat		
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 type="checkbox"/> bırakmış ... yıl önce ... yıl içmiş ... sıklıkla içmiş Evett : <input checked="" type="checkbox"/> ... yıldır ... sıklıkla		Beyazın Beyazın
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 : 184 Kilo : 79 Vücut kitle indeksi:		
LABORATUVAR BULGULARI		
a) Biyolojik analizler Kan : N İdrar:		
b) Radyolojik analizler		
c) Fizyolojik analizler Odyometre : N SFT :		
ç) Psikolojik testler A- N		
d) Diğer		
KANAAT VE SONUÇ(*)		
1- Zekem işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.		
2- şartıyla çalışmaya elverişlidir.		
16.4.2022		
(*) 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	