

İŞYERİNİN		İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU	
Unvanı		TUŞBA KONUT İNŞ. TURZ.SAN. VE TİC.LTD.ŞTİ.	
SGK Sicil No		ŞEMSİBEY OSB MAH. AHTAMAR CADDESİ NO:17 TUŞBA VAN	
Adresi		0542-222-4543	
Tel No		tusbateks@gmail.com	
Faks No			
E-posta			
İşe giriş/periodyk muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışan:		BEFRİN	CANÇİN
Adı Soyadı :			
İmzası :			
FOTOĞRAF			
CALISANIN			
Adı ve Soyadı	BEFRİN CANÇİN		
T.C.Kimlik No	63358080766		
Doğum Yeri ve Tarihi	05.06.2004		
Cinsiyeti	KADIN		
Eğitim Durumu	İLKOKUL		
Medeni Durumu			
Ev Adresi	Çocuk Sayısı : ...		
Tel No	5461874471		
Mesleği	TEKSTİL		
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	MAKİNACI		
Çalıştığı bölüm	MAKİNACI		
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişse doğru):			
İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu	A+		
Konjenital/kronik hastalık	YOK		
Bağışıklama			
Tetanoz	EVET		
Hepatit	EVET		
Diğer			
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:	AYŞE	Baba:	ŞEFİK
Kardeş:		Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakınlardan herhangi birini yaşadınız mı?			
Balgamlı öksürük	<input type="checkbox"/>	Göğüs ağrısı	<input type="checkbox"/>
Nefes darlığı	<input type="checkbox"/>	Sırt ağrısı	<input type="checkbox"/>
Çarpıntı	<input type="checkbox"/>	Eklemlerde ağrı	<input type="checkbox"/>
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu?			
Kalp hastalığı	<input type="checkbox"/>	Görme	<input type="checkbox"/>
Sarılık	<input type="checkbox"/>	Besin zehirlenmesi	<input type="checkbox"/>
Şeker hastalığı	<input type="checkbox"/>	Sinir sistemi hastalığı	<input type="checkbox"/>
Mide veya on iki parmak ülseri:			

<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	... adet/gün	
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/> bırakmış ... yıl önce	... yıl içmiş	... sıklıkla içmiş
	Evet : <input type="checkbox"/> ... yıldır	... sıklıkla	
<b>FİZİK MUAYENE SONUÇLARI</b>			
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: 160	Kilo: 58	Vücut kitle indeksi:
<b>LABORATUVAR BULGULARI</b>			
a) Biyolojik analizler	Kan :		
	İdrar:		
b) Radyolojik analizler			
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: <input checked="" type="checkbox"/>		
	SFT :		
ç) Psikolojik testler			
d) Diğer			
<b>KANAAT VE SONUÇ(*)</b>			
1-	işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.		
2-	şartıyla çalışmaya elverişlidir.		
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		