




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.	
Çalışanım:	
Adı Soyadı :	HARUN DURAL
İmzası :	
	FOTOĞRAF
ÇALIŞANIN	
Adı ve Soyadı	HARUN DURAL
T.C.Kimlik No	46933260272
Doğum Yeri ve Tarihi	20.06.2003
Cinsiyeti	ERKEK
Eğitim Durumu	LİSE
Medeni Durumu	
Ev Adresi	KARŞIYAKA MİLRAHMAN YOLU 5.SK
Tel No	5362824565
Mesleği	TEKSTİL
Yaptığı İş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	MAKİNACI
Çalıştığı bölüm	MAKİNACI
Daha önce çalıştığı yerler (Bağından geçmişse doğru):	
İşkolu	Yaptığı iş
	Giriş-çıkış tarihi
OZGEÇMİŞİ	
Kan grubu	- 
Konjenital/kronik hastalık	YOK
Bağışıklama	
Tetanoz	EVET
Hepatit	EVET
Diğer	
SOY GEÇMİŞİ	
Anne:	BESİR
Baba:	FATİH
Kardeş:	
Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ	
1. Aşağıdaki yoklmalardan herhangi birini yaşadınız mı?	Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>
Balgımlı ösürük	<input type="checkbox"/>
Göğüs ağrısı	<input type="checkbox"/>
Sırt ağrısı	<input type="checkbox"/>
Eklemelerde 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	<input type="checkbox"/>
Sinir sistemi hastalığı	<input type="checkbox"/>

□			
Böbrek rahatsızlığı : □	İşitme kaybı: □	Deri hastalığı: □	
3. Hastanede yattınız mı? Hayır: □	Evet ise tanı : <u>Hayır</u>		
4. Ameliyat oldunuz mu? Hayır: □	Evet ise neden? : <u>Hayır</u>		
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: □ Evet ise nedir? :			
9. Sigara içiyor musunuz? Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	bırakmış ... ay/yıl önce	... ay/yıl içmiş	... adet/gün içmiş
Evet : □	... yıldır	... adet/gün	
10. Alkol alıyor musunuz? Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	bırakmış ... yıl önce	... yıl içmiş	... sıklıkla içmiş
Evet : □	... yıldır	... sıklıkla	
<b>FİZİK MUAYENE SONUÇLARI</b>			
a) Duyu organları	Göz: □	Kulak-Burun-Bogaz: □	Deri: □
b) Kardiyovasküler sistem muayenesi			
c) Solunum sistemi muayenesi			
d) Sindirim sistemi muayenesi			
e) Ürogenital sistem muayenesi			
f) Kas-iskelet sistemi muayenesi			
g) Nörolojik muayene			
g) Psikiyatrik muayene			
ğ) Diğer	TA : .../...	mmHg	Nb: .../dk
Boy: <u>1.75</u>	Kilo: <u>80</u>	Vücut kitle indeksi:	
<b>LABORATUVAR BULGULARI</b>			
a) Biyolojik analizler	Kan : <u>Aren</u>	Hr: <u>10</u>	
	İdrar:		
b) Radyolojik analizler			
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: <u>N</u>		
	SFT :		
ç) Psikolojik testler			
d) Diğer			
<b>KANAAT VE SONUÇ(*)</b>			
1- <u>7.4.2022</u>	işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.		
2- <u>7.4.2022</u>	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		

