


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/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğini ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışan:		FOTOĞRAF	
Adı Soyadı :	MERT	ORTASAÇ	
İmzası :			
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı	MERT ORTASAÇ		
T.C.Kimlik No	37549573160		
Doğum Yeri ve Tarihi	06.09.2003		
Cinsiyeti	ERKEK		
Eğitim Durumu	İLKOKUL		
Medeni Durumu	:	Çocuk Sayısı :	...
Ev Adresi	ALTINTEPE MH.ZEVE 13 SK.		
Tel No	5425712451		
Mesleği	TEKSTİL		
Yaptığı İş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	KESİMHANE		
Çalıştığı bölüm	KESİMHANE		
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişse doğru):			
İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu	-		
Konjenital/kronik hastalık	YOK		
Bağışıklama			
Tetanoz	EVET		
Hepatit	EVET		
Diğer			
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:	SAİME	Baba:	ZEKİ
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 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	: <input type="checkbox"/>
Sinir sistemi hastalığı	: <input type="checkbox"/>		

<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 checked="" 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	
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			
g) Diğer	TA : .../ ... mmHg	Nb: .../dk	
	Boy: ...	Kilo: ...	Vücut kitle indeksi:
LABORATUVAR BULGULARI			
a) Biyolojik analizler	Kan : <input checked="" type="checkbox"/>	İdrar: <input checked="" type="checkbox"/>	
b) Radyolojik analizler			
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: <input checked="" type="checkbox"/>	SFT : <input checked="" type="checkbox"/>	
ç) Psikolojik testler			
d) Diğer			
KANAAT VE SONUÇ (*)			
1- L. işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.			
2- şartıyla çalışmaya elverişlidir.			
H. H. 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	