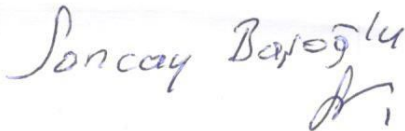


## İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

Ek-2

<b>İŞYERİNİN</b>				<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; text-align: center; padding-top: 40px;">Fotoğraf</div>
Ünvanı				
SGK Sicil No.				
Adresi				
Tel ve faks				
E-Posta				
İşe giriş/periodydik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.				
		Çalışanın Adı Soyadı İMZA		
<b>İŞÇİNİN</b>				
Adı ve soyadı		Soncağ Başoğlu		
T.C.Kimlik No		40157119750		
Doğum Yeri ve Tarihi		25.09.1980		
Cinsiyeti		bay		
Eğitim durumu		lise		
Medeni durumu		evli Çocuk sayısı 2		
Ev Adresi		Bağcılar		
Tel No.		05059901467		
Mesleği				
Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)				
Çalıştığı bölüm				
Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)		İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi
1.				
2.				
3.				
<b>Özgeçmişi</b>				
Kan grubu		A Rh (+)		
Konjenital/kronik hastalık		immün		
Bağışıklama				
- Tetanoz				
- Hepatit				
- Diğer				
<b>Soygeçmişi</b>				
Anne	Baba	Kardeş	Çocuk	
immün	vefat			
<b>TIBBİ ANAMNEZ</b>				
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?		Hayır	Evet	
- Balgamlı öksürük				
- Nefes darlığı				
- Göğüs ağrısı				
- Çarpıntı				
- Sırt ağrısı				
- İshal veya kabızlık				
- Eklemelerde ağrı				
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?		Hayır	Evet	
- Kalp hastalığı				
- Şeker hastalığı				
- Böbrek rahatsızlığı				

- Sarılık			
- Mide veya on iki parmak ülseri			
- İşitme kaybı			
- Görme bozukluğu			
- Sinir sistemi hastalığı			
- Deri hastalığı			
- Besin zehirlenmesi			
3. Hastanede yattınız mı?	Hayır	Evet ise tanı ?	Tramfletik
4. Ameliyat geçirdiniz mi?	Hayır	Evet ise neden ?	
5. İş kazası geçirdiniz mi?	Hayır	Evet ise ne oldu ?	
6. Meslek Hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik ve muayeneye tabi tutuldu mu?	Hayır	Evet ise sonuç ?	
7. Maluliyet aldınız mı?	Hayır	Evet ise nedir ve oranı ?	
8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?	Hayır	Evet ise nedir ?	
9. Sigara içiyor musunuz?	Hayır	Bırakmış	.....ay/yıl önce
	Evet	.....yıldır	.....ay/yıl içmiş
			.....adet/gün içmiş
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır	Bırakmış	.....yıl önce
	Evet	.....yıldır	.....yıl içmiş
			.....sıklıkla içmiş

**FİZİK MUAYENE SONUÇLARI**

a) Duyu organları

- Göz

- Kulak-Burun-Boğaz

- 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

ğ) Psikiyatrik muayene

h) Diğer

-TA : / mm-Hg

-Nb : / dk.

-Boy: 168cm Kilo: 100kg

Vücut Kitle İndeksi :

**LABORATUVAR BULGULARI**

a) Biyolojik analizler

- Kan

- İdrar

b) Radyolojik analizler

c) Fizyolojik analizler

- Odyometre

- SFT

d) Psikolojik testler

e) Diğer

**KANAAT VE SONUÇ \* :**

- 1- ..... içinde bedenlen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
- 2- ..... şartı ile çalışmaya elverişlidir

(\*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 :**

**Diploma Tarih ve No:**

**Diploma Tescil Tarih ve No:**

**İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:**

Ozet Medikal Yp Medikal  
K.Kodu 12345156  
Dr. Murat TOKAT  
Acil Hekimi  
Tescil No: 774215

04.07.22