





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.					
Çalışmam: Adı Soyadı : ÖMER SAYGIN İmzası : 				FOTOĞRAF	
ÇALIŞANIN					
Adı ve Soyadı	ÖMER SAYGIN				
T.C.Kimlik No	12195030540				
Doğum Yeri ve Tarihi	08.08.2005				
Cinsiyeti	ERKEK				
Eğitim Durumu	İLKOKUL				
Medeni Durumu	:				
Ev Adresi	Çocuk Sayısı : ...				
Tel No	5451504530				
Mesleği	TEKSTİL				
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	ORTACI				
Çalıştığı bölüm	ORTACI				
Daha önce çalıştığı yerler (Bagünden geçmişe doğru):					
İşkolu	Yaptığı iş		Giriş-çıkış tarihi		
ÖZGEÇMİŞİ					
Kan grubu	-				
Konjenital/kronik hastalık	YOK				
Bağışıklama					
	Tetanoz	EVET			
	Hepatit	EVET			
	Diğer				
SOY GEÇMİŞİ					
Anne: 	GÜLER	Baba: 	NÜSRET	Kardeş:	Çocuk:
TIBBİ ANAMNEZ					
1. Aşağıdaki yakınlardan herhangi birini yaşadınız mı? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>					
Balgamlı öksürük	: <input type="checkbox"/>	Göğüs ağrısı	: <input type="checkbox"/>	Sırt ağrısı	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	Besin zehirlenmesi : <input type="checkbox"/>
Şeker hastalığı	: <input type="checkbox"/>	Mide veya on iki parmak ülseri:	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 checked="" type="checkbox"/>	Evet ise tanı			
4. Ameliyat oldunuz mu?		Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise nedeni?			
5. İş kazası geçirdiniz mi?		Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise ne oldu?			
6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutuldunuz 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				
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						
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:		Kilo: Vücut kitle indeksi:				
LABORATUVAR BULGULARI						
a) Biyolojik analizler		Kan : <i>A new 9.5 Hb</i>	İdrar:			
b) Radyolojik analizler						
c) Fizyolojik analizler		Odyometre: <i>N</i>	SFT :			
ç) Psikolojik testler						
d) Diğer <i>Adm</i>						
KANAAT VE SONUÇ						
1- <i>f. emm</i> işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.						
2- şartıyla çalışmaya elverişlidir.						
<i>14.11.2022</i>						
(*) 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				
		<i>Dr. Uyesi Mehmet Emin LAYIK</i> Dip. T.N: 149504 İşyeri H.Sert.No: 14776				