

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU			
İŞYERİNİN		TUŞBA KONUT İNŞ. TURZ.SAN. VE TİC.LTD.ŞTİ.	
Unvanı			
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:		FOTOĞRAF	
Adı Soyadı :		ZİLAN ÇETİN	
İmzası :			
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı		ZİLAN ÇETİN	
T.C.Kimlik No		14495709010	
Doğum Yeri ve Tarihi		02.04.2006	
Cinsiyeti		KADIN	
Eğitim Durumu		ORTAOKUL	
Medeni Durumu		:	
Ev Adresi		:	
Tel No		5319851065	
Mesleği		TEKSTİL	
Yaptığı işi (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :		ORTACI	
Çalıştığı bölüm		ORTACI	
Daha önce çalıştığı yerler (Bağıtinden geçmişe doğru):			
İşkolu		Yaptığı iş	
Giriş-çıkış tarihi			
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu		-	
Konjenital/kronik hastalık		YOK	
Bağıtıklama			
Tetanoz		EVET	
Hepatit		EVET	
Diğer		:	
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:		RUBABE	
Baba:		MUZAFFER	
Kardeş:			
Çocuk:			
TIBBİ ANAMNEZ.			
1. Aşağıdaki yakınlardan herhangi birini yaşadınız mı? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input checked="" type="checkbox"/>			
Balgamlı öksürük		:	
Göğüs ağrısı		:	
Sırt ağrısı		:	
Eklemelerde ağrı		:	
Nefes darlığı		:	
Çarpıntı		:	
İshal veya kabızlık		:	
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input checked="" type="checkbox"/>			
Kalp hastalığı		:	
Sarılık		:	
Görme bozukluğu		:	
Besin zehirlenmesi		:	
Şeker hastalığı		:	
Mide veya en iki parmak ülseri:		:	
Sinir sistemi hastalığı		:	

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 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			
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:

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- 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

Diploma tarih ve no

İşyeri hekimliği belgesi tarih ve no

: DR. Mehmet Emin LAYIK

: DP.T.N. : 149504

: 14776

İşyeri HSK Ser. No: 14776
Dr. Öğr. Dr. Mehmet Emin LAYIK
Dış T.İ. 149504