

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/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.

Çalışanım:

Adı Soyadı :

İmzası

İSLAM

AĞLAMIŞ

FOTOĞRAF

CALIŞANIN	
Adı ve Soyadı	İSLAM AĞLAMIŞ
T.C.Kimlik No	10235484018
Doğum Yeri ve Tarihi	09.03.2001
Cinsiyeti	ERKEK
Eğitim Durumu	ORTAOKUL
Medeni Durumu	:
Ev Adresi	Çocuk Sayısı : ...
Tel No	SELİM BEY MİH.ESKİ ERZ.YOLU NO:5
Mesleği	5459792165
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	TEKSTİL
Çalıştığı bölüm	KESİMHANE
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişse doğru):	KESİMHANE

İşkolu

Yaptığı iş

Giriş-çıkış tarihi

ÖZGEÇMİŞİ

Kan grubu	
Konjenital/kronik hastalık	YOK
Bağışıklama	
Tetanoz	EVET
Hepatit	EVET
Diğer	

SOY GEÇMİŞİ

Anne:	ÖZLEM	Baba:	ŞİRACEDDİN	Kardeş:		Çocuk:	
-------	-------	-------	------------	---------	--	--------	--

TIBBİ ANAMNEZ

1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?

Hayır: ☐ Evet: ☐

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: ☐ Evet: ☐

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		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 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 type="checkbox"/> bırakmış ... ay/yıl önce ... ay/yıl içmiş ... adet/gün içmiş		
Evett: <input checked="" type="checkbox"/> ... yıldır ... adet/gün		
10. Alkol alıyor musunuz? Hayır: <input checked="" type="checkbox"/> bırakmış ... yıl önce ... yıl içmiş ... sıklıkla içmiş		
Evett: <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: .../... 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-		
2-		
işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir. şartıyla çalışmaya elverişlidir.		
14.4.22		
(*) 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	