



İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU					
İŞYERİNİN					
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/periyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.					
Çalışanım: Adı Soyadı : ABDULLAH DAYAN İmzası : 				FOTOĞRAF	
ÇALIŞANIN					
Adı ve Soyadı	ABDULLAH DAYAN				
T.C.Kimlik No	41476442192				
Doğum Yeri ve Tarihi	08.09.1999				
Cinsiyeti	ERKEK				
Eğitim Durumu	İLKOKUL				
Medeni Durumu	: Çocuk Sayısı : ...				
Ev Adresi	TOPAKTAŞ MH.315 SK.NO:5				
Tel No	5523632765				
Mesleği	TEKSTİL				
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	MAKİNACI				
Çalıştığı bölüm	MAKİNACI				
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):					
İşkolu	Yaptığı iş			Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ					
Kan grubu	A+				
Konjenital/kronik hastalık	YOK				
Bağışıklama					
	Tetanoz	EVET			
	Hepatit	EVET			
	Diğer				
SOY GEÇMİŞİ					
Anne:	GÜLBAHAR	Baba:	EŞREF	Kardeş:	Çocuk:
Bel Fıtığı					
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	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:	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 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 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						
ğ) Diğer		TA : .../... mmHg	Nb: /dk		
		Boy: 181		Kilo: 67	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.				
16.4.2022						
(*) 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		: DR. Mehmet Emin LAYIK				
Diploma tarih ve no		: DP.T.N. : 149504				
İşyeri hekimliği belgesi tarih ve no		: 14776				