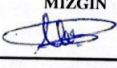


İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU			
İŞVERİNİN			
Unvanı	TUŞBA KONUT İNŞ. TURZ.SAN. VE TİC.LTD.ŞTİ.		
SGK Sicil No			
Adresi	ŞEMSİBEY OSB MAH. AHTAMAR CADDESİ NO:17 TUŞBA VAN		
Tel No	0542-222-4543		
Faks No			
E-posta	tusbateks@gmail.com		
İşe girişi/periodyk muayene olmayı kabul ettiğini ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanım:		FOTOĞRAF	
Adı Soyadı :	MİZGİN ASLAN		
İmzası			
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı	MİZGİN ASLAN		
T.C.Kimlik No	33253716268		
Doğum Yeri ve Tarihi	15.10.1997		
Cinsiyeti	KADIN		
Eğitim Durumu	LİSE		
Medeni Durumu	:		
Ev Adresi	AKKÖPRÜ MH.AVCILAR SK.NO:20		
Tel No	5419622349		
Mesleği	TEKSTİL		
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	MAKİNACI		
Çalıştığı bölüm	MAKİNACI		
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişse doğru):			
İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu	-		
Kongenital/kronik hastalık	YOK		
Bağışıklama			
	Tetanoz	EVET	
	Hepatit	EVET	
	Diğer	:	
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:	-	Baba:	-
Kardeş:	-	Çocuk:	-
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakımlardan herhangi birini yaşadınız mı? Hayır: <input type="checkbox"/> Evet: <input type="checkbox"/>			
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: <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"/>

<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 checked="" type="checkbox"/>	birakmış ... 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"/>	birakmış ..... yıl önce ..... yıl içmiş ..... sıklıkla içmiş	
	Evet : <input type="checkbox"/>	..... yıldır ..... sıklıkla	
<b>FİZİK MUAYENE SONUÇLARI</b>			
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:
<b>LABORATUVAR BULGULARI</b>			
a) Biyolojik analizler	Kan : Anew Hs: 7.3	Daw: 8 -	
	İdrar:		
b) Radyolojik analizler			
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: N.		
	SFT :		
ç) Psikolojik testler	N.		
d) Diğer			
<b>KANAAT VE SONUÇ(*)</b>			
1- ..... işinde bedenlen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.			
2- ..... şartıyla çalışmaya elverişlidir.			
11.4.2022			
(*) 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		