

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/periodyok muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.					
Çalışanın:		Adı Soyadı :		CEREN	OLCAY
İmzası :					
FOTOĞRAF					
ÇALIŞANIN					
Adı ve Soyadı		CEREN OLCAY			
T.C.Kimlik No		49657169388			
Doğum Yeri ve Tarihi		26.12.2001			
Cinsiyeti		KADIN			
Eğitim Durumu		LİSE			
Medeni Durumu		:		Çocuk Sayısı : ...	
Ev Adresi		SEYRANTEPE MHL.FATİH CD.NO:105			
Tel No		5469644642			
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		0+			
Konjenital/kronik hastalık		YOK			
Bağışıklama					
Tetanoz		EVET			
Hepatit		EVET			
Diğer					
SOY GEÇMİŞİ					
Anne:	ZÖHRA	Baba:	YUSUF	Kardeş:	Çocuk:
Kalp hastalığı					
TIBBİ ANAMNEZ		9			
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"/>
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 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-Böğaz: <input type="checkbox"/>		Deri: <input type="checkbox"/>	
b) Kardiyovasküler sistem muayenesi		<i>HEM</i>					
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		Vücut kitle indeksi:	
Boy: 165		Kilo: 54					
LABORATUVAR BULGULARI							
a) Biyolojik analizler		Kan : <i>N</i>		İdrar:			
b) Radyolojik analizler							
c) Fizyolojik analizler		Odyometre: <i>N</i>		SFT :			
ç) Psikolojik testler		<i>HEM</i>					
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					