

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/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanım:		BİLAL	ERKAÇMAZ
Adı Soyadı :	BİLAL		
İmzası :	[İmza]		FOTOĞRAF
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı	BİLAL ERKAÇMAZ		
T.C.Kimlik No	11904041280		
Doğum Yeri ve Tarihi	25.11.1998		
Cinsiyeti	ERKEK		
Eğitim Durumu	ORTAOKUL		
Medeni Durumu	:		
Ev Adresi	Çocuk Sayısı : ...		
Tel No	5417369657		
Mesleği	TEKSTİL		
Yaptığı İş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	MAKİNACI		
Çalıştığı bölüm	MAKİNACI		
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişse doğru):			
İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu	0+		
Konjenital/kronik hastalık	YOK		
Bağışıklama			
Tetanoz	EVET		
Hepatit	EVET		
Diğer			
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:	HÜLYA	Baba:	ABDULLAH
Kardeş:		Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşıdınız mı?			
Balgamlı öksürük	: <input type="checkbox"/>	Göğüs ağrısı	: <input type="checkbox"/>
Nefes darlığı	: <input type="checkbox"/>	Sırt ağrısı	: <input type="checkbox"/>
Çarpıntı	: <input type="checkbox"/>	Eklemlerde ağrı	: <input type="checkbox"/>
İshal veya kabızlık	: <input type="checkbox"/>		
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu?			
Kalp hastalığı	: <input type="checkbox"/>	Görme bozukluğu	: <input type="checkbox"/>
Sarılık	: <input type="checkbox"/>	Besin zehirlenmesi	: <input type="checkbox"/>
Şeker hastalığı	: <input type="checkbox"/>	Mide veya on iki parmak ülseri	: <input type="checkbox"/>
			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 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	10 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		
<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					
d) Sindirim sistemi muayenesi					
e) Ürogenital sistem muayenesi					
f) Kas-iskelet sistemi muayenesi					
g) Nörolojik muayene					
ğ) Psikiyatrik muayene					
ğ) Diğer	TA : .... /	..... mmHg	Nb: .... /dk	Kilo: 72	Vücut kitle indeksi:
	Boy: 173				
<b>LABORATUVAR BULGULARI</b>					
a) Biyolojik analizler	Kan : <input checked="" type="checkbox"/>	İdrar:			
b) Radyolojik analizler					
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: <input checked="" type="checkbox"/>	SFT :			
ç) Psikolojik testler					
d) Diğer					
<b>KANAAT VE SONUÇ(*)</b>					
1- .....	işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.				
2- .....	şartıyla çalışmaya elverişlidir.				
15.4.22					
(*) 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			