



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.					
Çalışanın: Adı Soyadı : BÜŞRA GÜNSEÇKİN İmzası : 				FOTOĞRAF	
CALİŞANIN					
Adı ve Soyadı	BÜŞRA GÜNSEÇKİN				
T.C.Kimlik No	10388480394				
Doğum Yeri ve Tarihi	15.11.2004				
Cinsiyeti	KADIN				
Eğitim Durumu	ORTAOKUL				
Medeni Durumu	: Çocuk Sayısı : ...				
Ev Adresi					
Tel No	5414781114				
Mesleği	TEKSTİL				
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	ORTACI				
Çalıştığı bölüm	ORTACI				
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geriye doğru):					
İşkolu	Yaptığı iş				Giriş-çıkış tarihi
ÖZGEÇMİŞİ					
Kan grubu	A+				
Konjenital/kronik hastalık	YOK				
Bağışıklama					
	Tetanoz	EVET			
	Hepatit	EVET			
	Diğer				
SOY GEÇMİŞİ					
Anne:	SAİDE	Baba:	FEVZİ	Kardeş:	Çocuk:
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	Besin zehirlenmesi : <input type="checkbox"/>
Şeker hastalığı	: <input type="checkbox"/>	Mide veya on iki parmak ülseri:	Sinir sistemi hastalığı : <input type="checkbox"/>		

□

Böbrek rahatsızlığı : ☐ İtme kaybı: ☐ Deri hastalığı: ☐

3. Hastanede yattınız mı? Hayır: ☒ Evet ise tanı

4. Ameliyat oldunuz mu? Hayır: ☒ Evet ise neden?

5. İş kazası geçirdiniz mi? Hayır: ☒ Evet ise ne oldu?

6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutuldu mu?
Hayır: ☒ Evet ise sonuç?

7. Maluliyet aldınız mı? Hayır: ☒ Evet ise nedeni ve oranı

8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz? Hayır: ☒ Evet ise nedir?

9. Sigara içiyor musunuz? Hayır: ☒ bırakmış ... ay/yıl önce ... ay/yıl içmiş adet/gün içmiş
Evet : ☐ yıldır adet/gün

10. Alkol alıyor musunuz? Hayır: ☒ bırakmış yıl önce yıl içmiş sıklıkla içmiş
Evet : ☐ yıldır sıklıkla

FİZİK MUAYENE SONUÇLARI

- a) Duyu organları Göz: ☐ Kulak-Burun-Boğaz: ☐ Deri: ☐
- b) Kardiyovasküler sistem muayenesi
- c) Solunum sistemi muayenesi
- d) Sindirim sistemi muayenesi
- e) Ürogenital sistem muayenesi
- f) Kas-iskelet sistemi muayenesi
- g) Nörolojik muayene
- h) Psikiyatrik muayene
- ğ) Diğer TA : .../... mmHg Nb: .../dk
Boy: 1.68 Kilo: 60. Vücut kitle indeksi:

LABORATUVAR BULGULARI

- a) Biyolojik analizler Kan : N
İdrar:
- b) Radyolojik analizler
- c) Fizyolojik analizler Odyometre: N
SFT :
- ç) Psikolojik testler N
- d) Diğer

KANAAT VE SONUÇ(*)

- 1- işinde bedenlen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
- 2- şartıyla çalışmaya elverişlidir.

1.4.4.2022

(*) 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

Diploma tarih ve no

İşyeri hekimliği belgesi tarih ve no

: DR. Mehmet Emin LAYIK

: DP.T.N. : 149504

: 14776

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin LAYIK
Dip. T.N. : 149504
İşyeri H. Sekt. Bel. No : 14776