


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 giriş/periodyok muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.	
Çalışanım:	
Adı Soyadı :	SONGÜL ERTOPÇU
İmzası :	
FOTOĞRAF	
CALIŞANIN	
Adı ve Soyadı	SONGÜL ERTOPÇU
T.C Kimlik No	11652049378
Doğum Yeri ve Tarihi	08.12.2004
Cinsiyeti	KADIN
Eğitim Durumu	ORTAOKUL
Medeni Durumu	:
Ev Adresi	
Tel No	5551454380
Mesleği	TEKSTİL
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	
Çalıştığı bölüm	-
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):	
İşkolu	Yaptığı iş
Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ	
Kan grubu	-
Konjenital/kronik hastalık	YOK
Bağışıklama	
Tetanoz	EVET
Hepatit	EVET
Diğer	:
SOY GEÇMİŞİ	
Anne:	ZEHRA
Baba:	YUSUF
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	: <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	: <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	Kale		
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"/>	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		
FİZİK MUAYENE SONUÇLARI					
a) Duyu organları	Göz: <input type="checkbox"/>	Kulak-Burun-Boğaz: <input type="checkbox"/>	Deri: <input type="checkbox"/>		
b) Kardiyovasküler sistem muayenesi	→ Dar karp Sınırlı.				
c) Solunum sistemi muayenesi					
ç) Sindirim sistemi muayenesi					
d) Ürogenital sistem muayenesi	NFM				
e) Kas-iskelet sistemi muayenesi					
f) Nörolojik muayene					
g) Psikiyatrik muayene					
ğ) Diğer	TA : ...	mmHg	Nb: ...	/dk	
	Boy: 1.60		Kilo: ...52	Vücut kitle indeksi:	
LABORATUVAR BULGULARI					
a) Biyolojik analizler	Kan : M				
b) Radyolojik analizler	İdrar:				
c) Fizyolojik analizler	Odyometre:				
	SFT :				
ç) Psikolojik testler					
d) Diğer					
KANAAT VE SONUÇ(*)					
1- içinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.					
2- şartıyla çalışmaya elverişlidir.					
14.4.2022					
(*) 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			