



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.					
Çalışanım: Adı Soyadı : ABDULLAH KARA İmzası : 				FOTOĞRAF	
ÇALIŞANIN					
Adı ve Soyadı	ABDULLAH KARA				
T.C.Kimlik No	24982857926				
Doğum Yeri ve Tarihi	10.04.1997				
Cinsiyeti	ERKEK				
Eğitim Durumu	LİSANS				
Medeni Durumu	:				
Ev Adresi	EMİNPASA MHL.FİDANLIK 1.SK.				
Tel No	5524076723				
Mesleği	TEKSTİL				
Yaptığı işi(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	ORTACI				
Çalıştığı bölüm	ORTACI				
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):					
İşkolu	Yaptığı iş		Giriş-çıkış tarihi		
ÖZGEÇMİŞİ					
Kan grubu	B-				
Konjenital/kronik hastalık	YOK				
Bağışıklama					
Tetanoz	EVET				
Hepatit	EVET				
Diğer					
SOY GEÇMİŞİ					
Anne:	GÜLENDAN	Baba:	CİHAT	Kardeş:	Cocuk:
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"/>
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 type="checkbox"/>		Evet ise tanı .....	
4. Ameliyat oldunuz mu?		Hayır: <input type="checkbox"/>		Evet ise neden? ... Gbt	
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 type="checkbox"/>		Evet ise nedeni ve oranı .....	
8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?		Hayır: <input type="checkbox"/>		Evet ise nedir? .....	
9. Sigara içiyor musunuz?		Hayır: <input 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 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"/>	
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 : N			
		İdrar:			
b) Radyolojik analizler					
c) Fizyolojik analizler		Odyometre: N			
		SFT :			
ç) Psikolojik testler					
d) Diğer		Akan			
<b>KANAAT VE SONUÇ(*)</b>					
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			