


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 :	ŞEYVAL BİRKAN
İmzası :	
	FOTOĞRAF
ÇALIŞANIN	
Adı ve Soyadı	ŞEYVAL BİRKAN
T.C.Kimlik No	45730300204
Doğum Yeri ve Tarihi	25.10.2001
Cinsiyeti	KADIN
Eğitim Durumu	LİSE
Medeni Durumu	:
Ev Adresi	Çocuk Sayısı : ...
Tel No	5320674065
Mesleği	TEKSTİL
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	KONTROLÇÜ
Çalıştığı bölüm	KONTROLÇÜ
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:	TÜRKAN
Baba:	CENGİZ
Kardeş:	
Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ	
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşıyor musunuz?	
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?	
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"/>

<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 ....	Aparat
4. Ameliyat oldunuz mu?	Hayır: <input type="checkbox"/>	Evet ise neden? ..	Aparat
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 type="checkbox"/>	bırakmış ... ay/yıl önce	... ay/yıl içmiş
	Evet : <input type="checkbox"/>	... yıldır	... adet/gün içmiş
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır: <input type="checkbox"/>	bırakmış .... yıl önce	... yıl içmiş
	Evet : <input type="checkbox"/>	... yıldır	... sıklıkla içmiş
<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			
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: 1.69	Kilo: 64	Vücut kitle indeksi:
<b>LABORATUVAR BULGULARI</b>			
a) Biyolojik analizler	Kan : W	İdrar:	
b) Radyolojik analizler			
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: N	SFT :	
ç) Psikolojik testler	A-C		
d) Diğer			
<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		