

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/periyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.									
Çalışanım:						FOTOĞRAF			
Adı Soyadı :						BURAK GÜNEŞ			
İmzası :									
ÇALIŞANIN									
Adı ve Soyadı		BURAK GÜNEŞ							
T.C. Kimlik No		18938805192							
Doğum Yeri ve Tarihi		15.09.1999							
Cinsiyeti		ERKEK							
Eğitim Durumu		LİSE							
Medeni Durumu		: Çocuk Sayısı : ...							
Ev Adresi		HACİBEKİR MİHLALE PAŞA 16.SK							
Tel No		5079647027							
Mesleği		TEKSTİL							
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :		ORTACI							
Çalıştığı bölüm		ORTACI							
Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):									
İşkolu			Yaptığı iş				Giriş-çıkış tarihi		
ÖZGEÇMİŞİ									
Kan grubu		0+							
Konjenital/kronik hastalık		YOK							
Bağışıklama									
		Tetanoz		EVET					
		Hepatit		EVET					
		Diğer							
SOY GEÇMİŞİ									
Anne:		HANIM		Baba:		MEHMET		Kardeş:	
								Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ		9							
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		Ekstremlerde 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"/>		Sinir sistemi hastalığı		: <input type="checkbox"/>			
Şeker hastalığı		: <input type="checkbox"/>		Mide veya on iki parmak ülseri:					

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 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 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			
FİZİK MUAYENE SONUÇLARI					
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: 187	Kilo: 85	Vücut kitle indeksi:		
LABORATUVAR BULGULARI					
a) Biyolojik analizler	Kan : <input checked="" type="checkbox"/>	İdrar: <input checked="" type="checkbox"/>			
b) Radyolojik analizler					
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: <input checked="" type="checkbox"/>	SFT : <input checked="" type="checkbox"/>			
ç) Psikolojik testler					
d) Diğer					
KANAAT VE SONUÇ(*)					
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				