

İŞYERİNİN		İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU	
Unvanı	TUŞBA KONUT İNŞ. TURZ.SAN. VE TİC.LTD.ŞTİ.		
SGK Sicil No	ŞEMSİBEY OSB MAH. AHTAMAR CADDESİ NO:17 TUŞBA VAN		
Adresi	0542-222-4543		
Tel No	tusbateks@gmail.com		
Faks No			
E-posta			
İşe giriş/periodyok muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanım:		RABİA	TÖRE
Adı Soyadı :	İmzası :		FOTOĞRAF
ÇALIŞANIN			
Adı ve Soyadı	RABİA TÖRE		
T.C.Kimlik No	19469041936		
Doğum Yeri ve Tarihi	01.04.2001		
Cinsiyeti	KADIN		
Eğitim Durumu	ORTAOKUL		
Medeni Durumu	:		
Ev Adresi	Çocuk Sayısı : ...		
Tel No	CUMHURİYET MİL.ZÜBEYDE HANIM CD		
Mesleği	5433651408		
Yaptığı iş(Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :	TEKSTİL		
Çalıştığı bölüm	ORTACI		
Daha önce çalıştığı yerler (Bağımsız geçmişi doğru):	ORTACI		
İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi	
ÖZGEÇMİŞİ			
Kan grubu	-		
Konjenital/Kronik hastalık	YOK		
Bağışıklama			
Tetanoz	EVET		
Hepatit	EVET		
Diğer	:		
SOY GEÇMİŞİ			
Anne:	LATİFE	Baba:	YAŞAR
Kardeş:		Çocuk:	
TIBBİ ANAMNEZ			
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?			
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?			
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 checked="" type="checkbox"/>	Evet ise tanı .....			
4. Ameliyat oldunuz mu?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise nedeni .....			
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 checked="" type="checkbox"/>	Evet ise ne kadar? .....			
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır: <input checked="" type="checkbox"/>	Evet ise ne kadar? .....			
<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: 1.65	Kilo: 72	Vücut kitle indeksi:		
<b>LABORATUVAR BULGULARI</b>					
a) Biyolojik analizler	Kan : A new A p: 9.0	İdrar:			
b) Radyolojik analizler					
c) Fizyolojik analizler	Odyometre: N	SFT :			
ç) Psikolojik testler	A 10 (N)				
d) Diğer					
<b>KANAAT VE SONUÇ(*)</b>					
1-	işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.				
2-	şartıyla çalışmaya elverişlidir.				
16.11.2022.					
(*) 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				