

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU**(EK-2)**

İŞYERİNİN				Fotoğraf	
Ünvanı					
SGK Sicil No.					
Adresi					
Tel ve faks					
E-Posta					
İşe giriş/periodyk muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.					
EPILEPSİ (SARA) HASTALIĞIM.....		Çalışanın Adı Soyadı			
YÜKSEKLİK KORKUM		İMZA			
KAPALI ALAN KORKUM					
İŞÇİNİN					
Adı ve soyadı					
T.C.Kimlik No					
Doğum Yeri ve Tarihi					
Cinsiyeti					
Eğitim durumu					
Medeni durumu		Çocuk sayısı			
Ev Adresi					
Tel No.					
Mesleği					
Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)					
Çalıştığı bölüm					
Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)		İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi	
1.					
2.					
3.					
Özgeçmişi					
Kan grubu					
Konjenital/kronik hastalık					
Bağışıklama					
- Tetanoz					
- Hepatit					
- Diğer					
- Eski hükümlü mü?					
Soygeçmişi					
Anne		Baba		Kardeş	
				Çocuk	
TIBBİ ANAMNEZ					
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?				Hayır	Evet
- Balgamlı öksürük					
- Nefes darlığı					
- Göğüs ağrısı					
- Çarpıntı					
- Sırt ağrısı					
- İshal veya kabızlık					
- Eklemelerde ağrı					
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?				Hayır	Evet
- Kalp hastalığı					
- Seker hastalığı					
- Böbrek rahatsızlığı					
- Sarılık					
- Mide veya on iki parmak ülseri					

- İşitme kaybı		
- Görme bozukluğu		
- Sinir sistemi hastalığı		
- Deri hastalığı		
- Besin zehirlenmesi		
3. Hastanede yattınız mı?	Hayır	Evet ise tanı ?
4. Ameliyat geçirdiniz mi?	Hayır	Evet ise neden ?
5. İş kazası geçirdiniz mi?	Hayır	Evet ise ne oldu ?
6. Meslek Hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik ve muayeneye tabi tutulduunuz mu?	Hayır	Evet ise sonuç ?
7. Maluliyet aldınız mı?	Hayır	Evet ise nedir ve oranı ?
8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?	Hayır	Evet ise nedir ?
9. Sigara içiyor musunuz?	Hayır	
	Bırakmış	ay/yıl önce
	Evet	yıldır
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır	
	Bırakmış	yıl önce
	Evet	yıldır
11-Herhangi bir madde bağımlılık tedavisi gördünüz mü?	Hayır	
	Bırakmış	ay/yıl önce
	Evet	yıldır
FİZİKİ MUAYENE SONUÇLARI		
a) Duyu organları		
- Göz		
- Kulak-Burun-Boğaz		
- Deri		
b) Kardiyovasküler sistem muayenesi		
c) Solunum sistemi muayenesi		
d) Sindirim sistemi muayenesi		
e) Ürogenital sistem muayenesi		
f) Kas-iskelet sistemi muayenesi		
g) Nörolojik muayene		
Ğ) Psikiyatrik muayene		
h) Diğer		
-TA : / mm-Hg		
-Nb : / dk.		
-Boy: Kilo: Vücut Kitle İndeksi :		
LABORATUVAR BULGULARI		
a) Biyolojik analizler		
- Kan		
- İdrar		
b) Radyolojik analizler		
c) Fizyolojik analizler		
- Odyometre		
- SFT		
d) Psikolojik testler		
e) Diğer		

KANAAT VE SONUÇ * :

- 1- işinde bedenlen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
- 2- şartı ile çalışmaya elverişlidir

(*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.)

..... / / 20.....

Adı ve Soyadı :

Diploma Tarih ve No :

Diploma Tescil Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:

İMZA