

## İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

| İŞYERİNİN  |              |            |                    |
|--|--------------|------------|--------------------|
| 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. |              |            |                    |
| Çalışanın Adı Soyadı<br>İMZA   |              |            |                    |
| -----  |              |            |                    |
| ÇALIŞANIN  |              |            |                    |
| Adı ve soyadı  |              |            |                    |
| T.C.Kimlik No  |              |            |                    |
| Doğum Yeri ve Tarihi   |              |            |                    |
| Cinsiyeti  |              |            |                    |
| Eğitim durumu  |              |            |                    |
| Medeni durumu  | Çocuk sayısı |            |                    |
| Ev Adresi  |              |            |                    |
| Tel No./e-posta  |              |            |                    |
| 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  |              |            |                    |
| Soygeçmişi(kronik hastalık,bağışıklama)  |              |            |                    |
| 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   |              |            |                    |

|  |          |                       |                           |
|--|----------|-----------------------|---------------------------|
| - Şeker 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      | .....ay/yıl içmiş         |
|  | Evet     | .....yıldır           | .....adet/gün içmiş       |
| 10. Alkol alıyor musunuz?  | Hayır    |                       |                           |
|  | Bırakmış | .....yıl önce         | .....yıl içmiş            |
|  | Evet     | .....yıldır           | .....sıklıkla içmiş       |
| <b>FİZİK MUAYENE SONUÇLARI</b>   |          |                       |                           |
| 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 : |                           |
| <b>LABORATUVAR BULGULARI</b>   |          |                       |                           |
| a) Biyolojik analizler   |          |                       |                           |
| - Kan  |          |                       |                           |
| - İdrar  |          |                       |                           |
| b) Radyolojik analizler  |          |                       |                           |
| c) Fizyolojik analizler  |          |                       |                           |
| - Odyometre  |          |                       |                           |
| - SFT  |          |                       |                           |
| d) Psikolojik testler  |          |                       |                           |
| e) Diğer   |          |                       |                           |

**KANAAT VE SONUÇ \* :**

1- ..... içinde bedenen 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.)

**İMZA**

Adı ve Soyadı :

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

Diploma Tarih ve No:

Diploma Tescil Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No: