

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

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

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.		Çalışanın Adı Soyadı İMZA	
<b>ÇALIŞANIN</b>			
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.			
<b>Özgeçmişi</b>			
Kan grubu			
Konjenital/kronik hastalık			
Bağışıklama			
- Tetanoz			
- Hepatit			
- Diğer			
<b>Soygeçmişi(kronik hastalık,bağışıklama)</b>			
Anne	Baba	Kardeş	Çocuk
<b>TIBBİ ANAMNEZ</b>			
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?		Hayır	Evet
- Balgamlı öksürtük			
- Nefes darlığı			
- Göğüs ağrısı			
- Çarpıntı			
- Sırt ağrısı			
- İshal veya kabızlık			
- Eklemlerde 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
	Evet	.....yıldır
		.....ay/yıl içmiş
		.....adet/gün içmiş
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır	
	Bırakmış	.....yıl önce
	Evet	.....yıldır
		.....yıl içmiş
		.....sıklıkla içmiş

### FİZİK 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 bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.

2- .....şartı ile çalışmaya elverişlidir.

Gece veya vardiyalı Çalışabilir  / Çalışamaz

Yüksekte Çalışabilir  / Çalışamaz

Kapalı alanda Çalışabilir  / Çalışamaz

### İŞYERİ HEKİMİ

Adı ve Soyadı / İMZA :

Diploma Tarih ve No:

Diploma Tescil Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:

Çalışanın Adı Soyadı  
İMZA

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