

**İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU**

<p><b>İŞ YERİNİN</b> Ünvanı : .....</p> <p>SGK Sicil No : ..... <b>EKO FARM</b> .....</p> <p>Adresi : .....</p> <p>Tel - Fax : ..... <b>İlaclama</b> .....</p> <p>E-Posta : .....</p> <p><b>İŞÇİNİN</b> Adı ve Soyadı : ..... <b>Mustafa Bacak</b> .....</p> <p>Doğum Tarihi ve Yeri : ..... <b>12.05.1980</b> .....</p> <p>Cinsiyeti : ..... <b>E</b> ..... Uyruğu : ..... <b>TR</b> .....</p> <p>Medeni Hali : ..... <b>E</b> ..... Çocuk Sayısı : ..... <b>0</b> .....</p> <p>Eğitim Durumu : ..... <b>Lisans Mezunu</b> .....</p> <p>Ev Adresi : ..... <b>GOP</b> .....</p> <p>Mesleği : ..... <b>Felih isçisi (Tetrisçi)</b> .....</p>	<p>Protokol No: .....</p> <p>İşyeri Sicil No: .....</p> <p>İşe Giriş Tarihi: ..... / ..... / .....</p> <p>T.C. Kimlik Numarası: ..... <b>42961319296</b> .....</p> <p>Telefon No: .....</p>
---	---

Fotoğraf

**Daha Önce Çalıştığı Yerler:**

İş Kolu	Yaptığı İş	Giriş-Çıkış Tarihi
1. ....	.....	.....
2. ....	.....	.....

**ÖZGEÇMİŞİ**

**Kan Grubu** : ..... **B Rh (+)** ..... **Zool** **Aradıkları**

**Konjenital / Kronik Hastalık** : .....

**Bağışıklama:** Tetanoz : ..... **1/2016** ..... Hepatit : ..... Diğer : .....

**SOY GEÇMİŞİ:**

Anne	Baba	Kardeş	Çocuk
5	5	3	0

**TIBBİ ANAMNEZ**

1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini geçirdiniz mi?

	Evet	Hayır	Tarihi
*Balgamlı Öksürük	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Nefes Darlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Göğüs Ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Çarpıntı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Sırt Ağrısı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*İsal ve Kabızlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Eklemlerde Ağrı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Diğer (belirtiniz)	.....		

2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu?

	Evet	Hayır	Tarihi
*Kalp Rahatsızlığı	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Şeker Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Böbrek Rahatsızlığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Sarılık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Mide Ülseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Oniki Parmak Ülseri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*İşitme Kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Görme Bozukluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Sinir Sistemi Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Deri Hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Besin Zehirlenmesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	..... / ..... / .....
*Diğer (belirtiniz)	.....		

3. Hastanede yattınız mı?

Hayır  Evet ise tamı .....

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 veya muayeneye tabi tutuldu mu?

Hayır  Evet ise sonuç .....

7. Maluliyet aldınız mı?

Hayır  Evet ise nedeni ve oranı .....

8. Şuan için herhangi bir tedavi görüyor musunuz ?

Hayır  Evet ise nedir? .....

9. Sigara içiyor musunuz?

Hayır   
 Bırakmış  ..... yıl önce ..... yıl içmiş ..... adet/gün içmiş  
 Evet  ..... yıldır ..... adet/gün

10. Alkol alıyor musunuz?

Hayır   
 Bırakmış  ..... yıl önce ..... yıl içmiş ..... adet/gün içmiş  
 Evet  ..... yıldır ..... adet/gün

Vermiş olduğum bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ve taahhüt ederim.

Ad Soyadı: **MUSTAFA BACAK**

İmza: **Atilla**



**FİZİKİ MUAYENE SONUÇLARI**

- a) Duyu Organları :  
\*Göz : (0)  
\*Kulak-Burun-Boğaz :  
\*Deri :  
b) Kardiyovasküler Sistem Muayene :  
c) Solunum Sistemi Muayenesi :  
d) Sindirim Sistemi Muayenesi :  
e) Ürogenital Sistem Muayenesi : FM normal  
f) Kas-İskelet Sistemi Muayenesi :  
g) Nörolojik Muayene :  
h) Psikiyatrik muayene :  
ı) Diğer :

TA: 110/70 mmHg NB: 64/dk Boy: 177 m Kilo: 90 kg Vücut Kitle İndeksi: .....

**LABORATUAR BULGULARI**

- a) Biyolojik Analizler  
\*Kan :  
\*İdrar :  
b) Radyolojik Analizler :  
c) Fizyolojik Analizler  
\*Odyo : SFT :  
d) Psikolojik Testler :  
e) Diğer :

**KANAAT ve SONUÇ:**

Ağır ve tehlikeli işlerde çalışabilir

- 1- Fikrit işi (teknisyen) işinde / işyerinde bedenlen çalışmaya elverişlidir.  
 2- şartıyla çalışmaya elverişlidir.

**İmza**

Adı ve Soyadı

Diploma No:

İşyeri Hekimliği Belgesi No:

Tarih: 05.07.2019

Dr. Doğan Güneş Tomruç

İşyeri Hekimi

Dip. Tes. No: 35983

**GEREKLİ OLAN SAĞLIK TETKİKLERİ** Akciğer Filmi İşitme Testi Ekg Solunum Fonksiyon Testi Hemogram Kan Grubu Tetanoz Göz Muayenesi Açlık Kan Şekeri Diğer**KANAAT ve SONUÇ:**

- 1- işinde / işyerinde bedenlen çalışmaya elverişlidir.  
 2- şartıyla çalışmaya elverişlidir.

**İmza**

Adı ve Soyadı

Diploma No:

İşyeri Hekimliği Belgesi No:

Tarih: .....

**GEREKLİ OLAN SAĞLIK TETKİKLERİ** Akciğer Filmi İşitme Testi Ekg Solunum Fonksiyon Testi Hemogram Kan Grubu Tetanoz Göz Muayenesi Açlık Kan Şekeri Diğer

(Yapılan muayene sonucunda çalışanın gece veya vardiyalı çalışma koşullarında çalışıp çalışmayacağı ile vücut sağlığını ve bütünlüğünü tamamlayıcı uygun alet,teçhizat vs..bulunması durumunda çalışan için bu koşullarla çalışmaya elverişli olup olmadığı kanaati belirtilecektir.)