



İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman No: FR.SKS.002
Yayın Tarihi: 24.01.2025
Revizyon No: 00
Revizyon Tarihi:

İŞYERİNİN

Ünvanı
SGK Sicil No.
Adresi
Tel ve faks
E-Posta

İşe giriş/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.

Çalışanın Adı Soyadı
İMZA

Fotoğraf

ÇALIŞANIN

Adı ve soyadı
T.C.Kimlik No
Doğum Yeri ve Tarihi
Cinsiyeti
Eğitim durumu
Medeni durumu
Ev Adresi
Tel No./e-posta
Mesleği
Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)
Çalışılacak olan bölüm

Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)	İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi
1.			
2.			
3.			

ÖZGEÇMİŞİ

KAN GRUBU

Konjenital/kronik hastalık

Düzenli kullanılan ilaçlar

İLAÇ ALLERJİSİ VARSA

BAĞIŞIKLAMA

- Tetanoz Son 5 yıl içinde
- Hepatit
- Diğer/COVID 19 Aşı AŞI

1.doz

2.doz

3.doz

4.doz

Soygeçmişi(kronik hastalık ,(kalp Tansiyon Diabet Kanser gibi belirtiniz.) (bağışıklama)

Anne Sağ Vefat Baba Sağ Vefat Kardeşlerde kronik hast. Çocuklarda mevcut hastalık var ise

TIBBİ ANAMNEZ

1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?	Hayır	Evet
- Balgamlı öksürük		
- Nefes darlığı		
- Göğüs ağrısı		
- Çarpıntı		
- Sırt ağrısı		

- İshal veya kabızlık			
- Eklemlerde ağrı			
Diğer semptom varsa yazınız			
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?			
- 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
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır		
	Bırakmış	yıl önce	yıl içmiş
	Evet	yıldır	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			
G) Psikiyatrik muayene			
h) Diğer			
-TA :		/	mm-Hg
-Nb :		/	dk. SAT :
-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- 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: