

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

Sicil No :	Ünvanı :	E-Posta:
Adres :	Tel&Faks :	

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

"6698 sayılı KVKK kapsamında işbu evrakta bulunan kişisel verilerimin, Sağlık Bakanlığı'yla ve işten ayrıldığım takdirde talep edilmesi halinde yeni işyerim ile paylaşılmasına, evrakın yasal süresi boyunca Üniversite tarafından saklanmasına açıkça rızam ve onayım vardır."

Çalışanın Adı Soyadı ve İmzası

Fotoğraf

TIBBİ ANAMNEZ

1.) Son Bir Yıl İçinde Aşağıdaki Yakınlardan Herhangi Birini Geçirdiniz mi ?	2.) Son Bir Yıl İçinde Aşağıdaki Hastalıklardan Herhangi Birini Geçirdiniz mi ?
	Hayır Evet Tarih
	Kalp Hastalığı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
	Şeker Hastalığı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
	Böbrek Rahatsızlığı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
Balgamlı Öksürük <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..	Sarılık <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
Nefes Darlığı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..	Mide-Oniki Parmak Ülseri <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..	İşitme Kaybı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
Çarpıntı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..	Görme Bozukluğu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
Sırt Ağrısı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..	Sinir Sistemi Hastalığı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
İshal veya Kabızlık <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..	Deri Hastalığı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
Eklemlerde Ağrı <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..	Besin Zehirlenmesi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>/..../..
3.) Son Bir Yıl İçinde Hastahane de Yattınız mı ?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise Tanı
4.) Son Bir Yıl İçinde Önemli Bir Ameliyat Geçirdiniz mi ?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise Nedir
5.) Son Bir Yıl İçinde İş Kazası Geçirdiniz mi ?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise Tanı
6.) Son Bir Yıl İçinde Meslek Hastalıkları Hastahanesine Gittiniz mi ?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise Nedir
7.) Son Bir Yıl İçinde Maluliyet Aldınız mı ?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise Nedir ve Oranı
8.) Şu Anda Herhangi Bir Tedavi Görüyor Musunuz ?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet ise Nedir
9.) Sigara İçiyor Musunuz ?	Hayır Bırakmış ay / yıl önce ay / yıl içmiş Adet gün içmiş Evet yıldır adet / gün
10.) Alkol Alıyor Musunuz ?	Hayır Bırakmış ay / yıl önce ay / yıl içmiş Sıklıkla içmiş Evet yıldır sıklıkla

ÇALIŞANIN

Adı - Soyadı :	T.C. No :	Doğum Yeri :	Doğum Tarihi :	
Cinsiyeti :	Kan Grubu :	Medeni Durumu :	Çocuk Sayısı :	Eğitim Durumu :
Mesleği :	Yaptığı İş :	Çalıştığı Bölüm :	Öz Geçmişi :	
Konjenital / Kronik Hastalık :	Ev Adresi :			
Ev Adresi :		Tel :	E-posta :	
Bağışıklama: Tetanoz :	Hepatit :	Diğer :		
Soy Geçmişi: Anne :	Baba :	Kardeş :	Çocuk :	
Daha Önce Çalıştığı Yerler	İş Kolu	Yaptığı İş	Giriş - Çıkış Tarihi	
1)/..../..... -/..../.....	
2)/..../..... -/..../.....	
3)/..../..... -/..../.....	

FİZİKİ MUAYENE SONUÇLARI

a) Duyu Organları			
Göz:	Kulak:		
Burun:	Boğaz:	Deri:	
b) Kardiyovasküler:			
c) Solunum Sistemi Muayenesi:			
d) Sindirim Sistemi Muayenesi:			
e) Ürogenital Sistemi Muayenesi:			
f) Kas-İskelet Sistemi Muayenesi:			
g) Nörolojik Muayene:			
h) Psikiyatrik Muayene:			
i) Diğer TA: / mmHg:	Nb: /dk:	Boy:	Kilo:

LABORATUVAR BULGULARI

a) Biyolojik Analizler	
Kan:	İdrar:
b) Radyolojik Analizler:	
c) Fizyolojik Analizler	
Odyometri:	SFT:
d) Psikolojik Testler:	
e) Diğer:	

İŞE GİRİŞ MUAYENESİ SONUCU

...../...../.....

KANAAT VE SONUÇ

1) işinde / işyerinde bedenen çalışmaya elverişlidir.
2) Raporda işaret edilen arızalar tedavi edilmek konuluyla elverişlidir.

.....
İşyeri Hekimi

...../...../.....

KANAAT VE SONUÇ

1) işinde / işyerinde bedenen çalışmaya elverişlidir.
2) Raporda işaret edilen arızalar tedavi edilmek konuluyla elverişlidir.

.....
İşyeri Hekimi

PERİYODİK MUAYENELER

...../...../...../...../.....
Muayene Eden Doktorun Adı-Soyadı: Diploma No:	Muayene Eden Doktorun Adı-Soyadı: Diploma No:
...../...../...../...../.....
Muayene Eden Doktorun Adı-Soyadı: Diploma No:	Muayene Eden Doktorun Adı-Soyadı: Diploma No:

...../...../...../...../.....
Muayene Eden Doktorun Adı-Soyadı: Diploma No:	Muayene Eden Doktorun Adı-Soyadı: Diploma No:
...../...../...../...../.....
Muayene Eden Doktorun Adı-Soyadı: Diploma No:	Muayene Eden Doktorun Adı-Soyadı: Diploma No: