

İŞYERİNİN			
Ünvanı			
SGKSicil No.			
Adresi			
Tel ve faks			
E-Posta			
İşe giriş/periodyk muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu ve <b><u>tahsil sonuçlarım hakkında bilgilendirildiğimi beyan ederim.</u></b>			
Çalışanın Adı Soyadı İMZA			
Adı ve soyadı			
T.C.Kimlik No			
Doğum Yeri ve Tarihi			
Cinsiyeti			
Eğitim durumu			
Medeni durumu			
Ev Adresi			
Tel No.			
Mesleği			
Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır.)			
Çalıştığı bölüm			
Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)	İşkolu	Yaptığı iş	Giriş-çıkış tarihi
<b>Özgeçmişi</b>			
Kan grubu			
Konjenital/kronik hastalık			
Bağışıklama			
- Tetanoz			
- Hepatit			
- Diğer			
<b>Soygeçmişi</b>			
Anne	Baba	Kardeş	Çocuk
<b>TIBBİ ANAMNEZ</b>			
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 oniki parmak ülseri			

Fotoğraf

- İşitme kaybı			
- Görme bozukluğu			
- Sinir sistemi hastalığı			
- Deri hastalığı			
- Besin zehirlenmesi			
3. Hastanede yattınız mı? (son 2 yıl)	Hayır		Evet ise tanı ?
4. Ameliyat geçirdiniz mi? (son 2 yıl)	Hayır		Evet ise neden ?
5. İş kazası geçirdiniz mi?	Hayır		Evet ise ne oldu ?
6. Meslek Hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik ve muayeneye tabi tutuldu 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- .....işinde 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.)

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

**İMZA**

**Adı ve Soyadı :**

**Diploma Tarih ve No:**

**Diploma Tescil Tarih ve No:**

**İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:**