



İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN :

Unvanı: OPTİMED SAĞLIK HİZMETLERİ SAN. VE TİC. A.Ş.

SGK Sicil No: 2.8610.01.01.1036916.059.02.08.000

Adresi: G.M.K.P Mah. Atatürk Cad. No:118 Çerkezköy /Tekirdağ

Tel No: 0 282 726 05 55

Faks No:0 282 726 55 21

E-posta: info@optimedhastanesi.com

İşe giriş/periyojik 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: Çocuk Sayısı:-

Ev Adresi:

Tel No:

Mesleği:

Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :

Çalıştığı bölüm:

Daha önce çalıştığı yerler İşkolu : Yaptığı iş: Giriş-çıkış tarihi:
(Bugünden geçmişe doğru):

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Özgeçmişi:

Kan grubu:

Konjenital/kronik hastalık:

Bağışıklama:

- Tetanoz:

- Hepatit:

- Diğer:

Soy geçmişi:

Anne :

Baba:

Eş:

Çocuk:

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		

2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu?

	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 oldunuz mu?

Hayır Evet ise neden?.....

5. İş kazası geçirdiniz mi?

Hayır Evet ise ne oldu?.....

6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutuldunuz mu?

Hayır Evet ise sonuç.....

7. Maluliyet aldınız mı?

Hayır Evet ise nedeni ve oranı.....

8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Hayır Evet ise nedir?.....

9. Sigara içiyor musunuz?

Hayır

Bırakmışay/yıl önceay/yıl içmişadet/gün içmiş

Evetyıldıradet/gün

10. Alkol alıyor musunuz?

Hayır

Bırakmışyıl önceyıl içmişsıklıkla içmiş

Evetyıldırsıklıkla

FİZİK MUAYENE SONUÇLARI :

a) Duyu organları.

- Göz
- Kulak-Burun-Boğaz
- Deri

b) Kardiyovasküler sistem muayenesi.

c) Solunum sistemi muayenesi.

ç) Sindirim sistemi muayenesi.

d) Ürogenital sistem muayenesi.

e) Kas-iskelet sistemi muayenesi.

f) Nörolojik muayene.

g) Psikiyatrik muayene.

ğ) Diğer.

-TA: / mmHg

-Nb: / dk.

-Boy: Kilo:

Vücut Kitle İndeksi:

LABORATUVAR BULGULARI :

a) Biyolojik analizler.

- Kan

- İdrar

b) Radyolojik analizler.

c) Fizyolojik analizler.

- Odyometre

- SFT

ç) Psikolojik testler.

d) Diğer.

KANAAT VE SONUÇ* :

1-işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.

..... şartıyla 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:

Diploma Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No: