

**İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU /
PRE-EMPLOYMENT / PERIODICAL MEDICAL EXAMINATION FORM**

İŞYERİNİN/ EMPLOYMENT'S			
Ünvanı /Job Tittle ©			
SGK Sicil No.Register No			
Adresi /Address:			
Tel ve faks /Telephone and Fax:			
E-Posta/ E-mail			
<p>İşe giriş/periodyok muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.</p> <p style="text-align: center;">Çalışanın Adı Soyadı İMZA</p> <p>I certify that the statements made by me in answer to questions below are, to the best of my knowledge, true, complete and correct. I realize that any incorrect statement or material omission in the medical information form or in any other document required by the Organization renders a staff member liable to termination or dismissal.</p> <p style="text-align: center;">Employee's Name and Surname SIGNATURE</p>			
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p>Fotoğraf</p> </div>			
ÇALIŞANIN / EMPLOYEE'S			
Adı ve soyadı / Name and surname			
T.C.Kimlik No / Republic of Turkey Identity Number			
Doğum Yeri ve Tarihi / Birth Place and Date			
Cinsiyeti / Gender			
Eğitim durumu/ Educational level			
Medeni durumu / Marital Status		Çocuk sayısı / Number of Children	
Ev Adresi / Home Address			
Tel No./e-posta / phone nuber/E-mail			
Mesleği (Job)			
Yaptığı iş / His work (to be described in detail.			
Çalıştığı bölüm / Work section			
Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru) /Prior Employment (Start with most recent job)	İşkolu / Job Title	Yaptığı iş / His work	Giriş-çıkış tarihi / Entry-Exit Date
1.			
2.			
3.			
Özgeçmişi / Biography			
Kan grubu / Blood group			
Konjenital/kronik hastalık /Congenital / ChronicDiseases			
Bağışıklama / Immunization			
- Tetanoz / Tetanus			
- Hepatit / Hepatitis			
- Diğer / outhet			
Soygeçmişi(kronik hastalık,bagışıklama)/ Pedigree History(Chronic Diseases)			
Anne / Mouter	Baba / Father	Kardeş/ Sister/ Brother	Çocuk / Children

TIBBİ ANAMNEZ / REVIEW OF SYMPTOMS				
1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?/ 1. Do you have any of the following ?			Hayır / No	Evet / Yes
- Balgamlı öksürük / Cough				
- Nefes darlığı / Shortness of breath				
- Göğüs ağrısı/ Chest pain				
- Çarpıntı/ Palpitation				
- Sırt ağrısı/ Backache				
- İshal veya kabızlık/ - Diarrhea or Constipation				
- Eklemelerde ağrı/ Joint pain				
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?/ Do you have any of the following ?			Hayır / No	Evet /Yes
- Kalp hastalığı/ Heart disease				
- Şeker hastalığı/ Diabetes Mellutis				
- Böbrek rahatsızlığı/ Kidney Disease				
- Sarılık/ Jaundice				
- Mide veya on iki parmak ülseri/ Gastric or duodenal ulcers				
- İşitme kaybı/ Hearing loss				
- Görme bozukluğu / defect of vision				
- Sinir sistemi hastalığı/ Nervous system diseases				
- Deri hastalığı/ Skin Desaease				
- Besin zehirlenmesi/ Food poisoning				
3. Hastanede yattınız mı?/ Did you stay in the hospital?	Hayır/ No		Evet ise tanı ?/ If yes, diagnosis ?	
4. Ameliyat geçirdiniz mi?/ Have you had surgery?	Hayır/ No		Evet ise neden ?/ If yes why?	
5. İş kazası geçirdiniz mi?/ Have you had an accident at work?	Hayır/ No		Evet ise ne oldu ?/ If yes what happened?	
6. Meslek Hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik ve muayeneye tabi tutulduunuz mu?/ . Investigations relating to occupational diseases and suspected Have you been examined?	Hayır/ No		Evet ise sonuç ?/If yes result?	
7. Maluliyet aldınız mı?/ . Did you receive disability?	Hayır/ No No		Evet ise nedir ve oranı ?/ If yes, what is it and rate ?	
8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?/ Are you getting any treatment at the moment?	Hayır/ No		Evet ise nedir ?/If yes what?	
9. Sigara içiyor musunuz?/ doyou smoking	Hayır/ No			
Doyou smoke?	Bırakm ış/ Leavi ngLea ving	Leavi ng	. ay/yıl önce/ months/years ago	...ay/yıl içmiş/ month/year drankadet/gün içmiş/ units/day drank
	Evet/ Yes		...yıldır/ years	...adet/gün/ units/day
10. Alkol alıyor musunuz? /	Hayır/ No No			
Do you drink alcohol?	Bırakm ış / Leavin g	Leavi ng	...yıl önce/ year ago	...yıl içmiş/ year dranksıklıkla içmiş/ often drank
	Evet/Y es		...yıldır/ years	...sıklıkla/ often
FİZİK MUAYENE SONUÇLARI / PHYSICAL EXAMINATION RESULTS				
a) Duyu organları / Sensory organs				
- Göz/ Eye				
- Kulak-Burun-Boğaz/ Ear-Nose-Throat				
- Deri/ Skin				

b) Kardiyovasküler sistem muayenesi/ Cardiovascular system examination	
c) Solunum sistemi muayenesi/ Respiratory examination	
d) Sindirim sistemi muayenesi/ Examination of the digestive system	
e) Ürogenital sistem muayenesi/ Urogenital system examination	
f) Kas-iskelet sistemi muayenesi/ Musculoskeletal examination	
g) Nörolojik muayene/ Neurological examination	
Ğ) Psikiyatrik muayene/ Psychiatric examination	
h)Outher	
-TA : / mm-Hg	
-Nabız/Puls : / dk.	
- Boy/Size:: weigh: Vücut Kitle İndeksi :/ Body Mass Index:	
LABORATUVAR BULGULARI/ LABORATORY FINDINGS	
a) Biyolojik analizler/ Biological assays	
- Kan/ Blood	
- İdrar/ Urine analysis	
b) Radyolojik analizler/ Radiological analysis	
c) Fizyolojik analizler/ Physiological analysis	
- Odyometre/ Audiometry	
- SFT/ spirometre	
d) Psikolojik testler/ Psychological tests	
e) Diğer/ Outher	

KANAAT VE SONUÇ * :/ YOUR DOCTOR'S DETAILS * :

1- içinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir./
suitable for physically and mentally working in the business.

2- şartı ile çalışmaya elverişlidir/ provided that is suitable for
work.

(*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.) /
(* Working in the physical examination results or night shift body health and integrity of the work and can not work in working conditions appropriate complementary tools, equipment, etc ... for employees when there will be stated the opinion that it is convenient to work with this requirement.)

İMZA/ SIGNATURE /

Adı ve Soyadı : / Name and Surname :

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

Diploma Tarih ve No:/ Diploma Date and No:

Diploma Tescil Tarih ve No:/ Diploma Registration Date and Number:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:/ Commercial Practice Document Date and No: