

	STAJYER ÖĞRENCİ İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU 1			
İSG.FR.	Yayın Tarihi .../.../201...	Revizyon Tarihi .../.../201...	Revizyon No.	Sayfa No: 1/3

(20/07/2013 tarihli ve 28713 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkındaki Yönetmelik EK-2’sine uygun olarak düzenlenmiştir.)

İŞYERİNİN,

Ünvanı :.....
SGK Sicil No :.....
Adresi :.....
Telefon No. :.....
Faks No. :.....

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

Stajyer Öğrenci Adı-Soyadı.....
İmza

FOTOĞRAF

STAJYER ÖĞRENCİNİN:

Adı ve Soyadı :
T.C. Kimlik No:
Doğum Yeri ve Doğum Tarihi:
Cinsiyeti :
Eğitim Durumu:
Medeni Durum: Evli ise çocuk sayısı ()
Ev Adresi :.....
Telefon Num. :
Mesleği :
Yaptığı İş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :.....

Çalıştığı Bölüm:

Daha Önce Çalıştığı Yerler (Bugünden Geçmişe Doğru)

İşkolu:	Yaptığı İş:	Giriş/Çıkış Tarihi:
1-/.../..... - .../.../.....
2-/.../..... - .../.../.....
3-/.../..... - .../.../.....

ÖZGEÇMİŞİ:

Kan Grubu :
Konjenital / Kronik Hastalık :
Bağışıklama:
-Tetanoz :
-Hepatit :
-Diğer :

STAJYER ÖĞRENCİ İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU 2				
İSG.FR.	Yayın Tarihi .../.../201...	Revizyon Tarihi .../.../201...	Revizyon No. 00	Sayfa No: 2/3

Soy Geçmişi:

Anne:

Baba:

Kardeş:

Evli İse 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 oniki 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 tutuldu musunuz?

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 önce ay/yıl içmişadet/gün içmiş

Evet yıldır adet /gün

10- Alkol alıyor musunuz? (Yaşa göre değerlendirme kriteri)

Hayır

Bırakmış yıl önceyıl içmişadet/gün içmiş

Evet Yıldır sıklıkla

STAJYER ÖĞRENCİ İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU 3				
İSG.FR.	Yayın Tarihi .../.../201...	Revizyon Tarihi .../.../201...	Revizyon No. 00	Sayfa No: 3/3

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 (ELISA Testleri, Biyokimya, CBC ve gerek görülmesi halinde diğer kan testleri)
 - İdrar
- b) Radyolojik analizler (PA Akciğer Grafisi ve gerek görülmesi halinde diğer radyolojik analizler)
- c) Fizyolojik analizler
 - Odyometre
 - SFT
 - EKG
- ç) Psikolojik testler
- d) Diğer

KANAAT VE SONUÇ*

1-..... işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.

2-..... şartıyla çalışmaya elverişlidir.

(* Yapılan muayene sonucunda çalışanın gece veya vardiyalı çalışma koşullarında çalışıp çalışmayacağı ile vücut sağlığını ve bütünlüğünü tamamlayıcı uygun alet teçizat vs. bulunması durumunda çalışan için bu koşullarda çalışmaya elverişli olup olmadığı kanaati belirtilecektir.)

İMZA

Adı ve Soyadı :
Diploma Tarih ve No :
İşyeri Hakimliği Belgesi Tarih ve No :