|  |  |
| --- | --- |
| **İŞYERİNİN** | 18.01.2024Fotoğraf |
| **Ünvanı** | **BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ** |
| **SGK Sicil No.** | **28542020211115130062858** |
| **Adresi** | **BAĞLICA ESKİŞEHİR YOLU 18.KM BAĞLICA KAMPÜSÜ ANKARA** |
| **Tel** | **0312 246 66 66** |
| **E-Posta** |  |
| **İşe giriş/periyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru****ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.****Çalışanın Adı Soyadı İMZA****--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------****ÇALIŞANIN** |
| **Adı ve soyadı** |  |
| **T.C.Kimlik No** |  |
| **Doğum Yeri ve Tarihi** |  |
| **Cinsiyeti** |  |
| **Eğitim durumu** |  |
| **Medeni durumu** |  | **Çocuk sayısı** |  |
| **Ev Adresi** |  |
| **Tel No./e-posta** |  |
| **Mesleği** |  |
| **Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak****tanımlanacaktır.)** |  |
| **Çalıştığı bölüm** |  |
| **Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)** | **İşkolu** | **Yaptığı iş** | **Giriş-çıkış tarihi** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **Özgeçmişi** |  |
| **Kan grubu** |  |
| **Konjenital/kronik hastalık** |  |
| **Bağışıklama** |
| **- Tetanoz** |  |
| **- Hepatit** |  |
| **- Diğer** |  |
| **Soygeçmişi(kronik hastalık,bağışıklama)** |
| **Anne** | **Baba** | **Kardeş** | **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 birini geçirdiniz mi?** | **Hayır** | **Evet** |
| **- Kalp hastalığı** |  |  |
| **- Şeker hastalığı** |  |  |
| **- Böbrek rahatsızlığı** |  |  |
| **- Sarılık** |  |  |
| **- Mide veya on iki parmak ülseri** |  |  |
| **- İBşiutmbeeklagyeb,ıgüvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.** |  |  |
| **- Görme bozukluğu** |  |  |
| **- Sinir sistemi hastalığı** |  |  |
| **- Deri hastalığı** |  |  |
| **- Besin zehirlenmesi** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Hastanede yattınız mı?** | **Hayır** |  | **Evet ise tanı ?** |  |
| **4. Ameliyat geçirdiniz mi?** | **Hayır** |  | **Evet ise neden ?** |  |
| **5. İş kazası geçirdiniz mi?** | **Hayır** |  | **Evet ise ne oldu ?** |  |
| **6. Meslek Hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik ve** | **Hayır** |  | **Evet ise sonuç ?** |  |
| **7. Maluliyet aldınız mı?** | **Hayır** |  | **Evet ise nedir ve** |  |
| **8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?** | **Hayır** |  | **Evet ise nedir ?** |  |
| **9. Sigara içiyor musunuz?** | **Hayır** |  |  |
|  | **Bırakmış** |  | **.** **ay/yıl önce** | **.** **ay/yıl içmiş** | **. adet/gün içmiş** |
|  | **Evet** |  | **.** **yıldır** | **. adet/gün** |
| **10. Alkol alıyor musunuz?** | **Hayır** |  | 18.01.2024 |
|  | **Bırakmış** |  | **.** **yıl önce** | **.** **yıl içmiş** | **.** **sıklıkla içmiş** |
|  | **Evet** |  | **.** **yıldır** | **.** **sıklıkla** |
| **FİZİK MUAYENE SONUÇLARI** |
| **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 :** |  |
| **LABORATUVAR BULGULARI** |
| **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.)***

**İMZA**

**Adı ve Soyadı : ……...... / ............. / 20.............**

**DBipulombea lTgaer,ighüvve eNnol:i elektronik imza ile imzalanmıştır.**

**Diploma Tescil Tarih ve No:**

**İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:**