|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İŞYERİNİN** | | | | | | | | | | 18.01.2024  Fotoğraf | |
| **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:**