



NIĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
İŞE GİRİŞ PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
SÇ.FR.03	ARALIK 2023	0	0	1

İŞYERİNİN:

Unvanı:
SGK Sicil No:
Adresi:
Tel no :
Faks no:
E -posta:

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

ADİ SOYADI:

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 İş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :

Çalıştığı Bölüm:

Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru) :

İşkolu : Yaptığı İş : Giriş -çıkış

tarihi :

1.

2.

3.

Özgeçmişi:

Kan grubu:
Konjenital/kronik hastalık:
Bağışıklama:
-Tetanoz
-Hepatit
-Diğer

Soy Geçmişi:

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 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 tutulduunuz mu ?

Hayır

Evet ise sonuç

.....

7.Maluliyet aldınız mı ?



NİĞDE ÖMER HALİSDEMİR ÜNİVERSİTESİ DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI MERKEZİ
İŞE GİRİŞ PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman Kodu	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
SÇ.FR.03	ARALIK 2023	0	0	1

Hayır Evet ise nedeni ve oranı
.....

8.Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?

Hayır Evet ise nedir
.....

9.Sigara içiyor musunuz ?

Hayır
Bırakmış yıl önce Ay/yıl içmiş
.....adet/gün içmiş
Evet yıldıradet/gün

10. Alkol alıyor musunuz ?

Hayır
Bırakmış yıl önce yıl içmiş
.....sıklıkla içmiş
Evet yıldırsıklıkla

11.Herhangi bir maddeye bağımlılığınız var mı?

Hayır Evet ise nedir

12.Bildiğiniz bulaşıcı bir hastalığınız var mı?

Hayır Evet ise nedir

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.
2-.....şartıyla çalışmaya elverişlidir.
...../...../.....

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

İMZA

ADI veSOYADI:

DİPLOMA TARİH ve NO:

İŞYERİ HEKİMLİĞİ BELGESİ TARİH VE NO: