	İŞYERİ HEKİMLİĞİ · ALT İŞVEREN / YÜKLENİCİ **ÇALIŞAN İŞE BAŞLAMA SAĞLIK BEYAN FORMU**	Doküman No	ARM-İH-04
		Yayın Tarihi	10.11.2026
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	10.11.2026
		Sayfa	1 / 1

Tarih		**Çalışanın Adı Soyadı**	
Görevi		**Firma (İşveren / Yüklenici)**	
Ana İşveren / Proje		**Tehlike Sınıfı**	☐ Az ☐ Tehlikeli ☐ Çok Tehlikeli

SAĞLIK TAKİBİ GEREKTİREN DURUMLAR *işyeri hekimince doldurulur*

Durum	Evet	Hayır	Durum	Evet	Hayır
Engellilik	☐	☐	Nörolojik hastalıklar	☐	☐
Kalıtsal hastalıklar	☐	☐	Kas-iskelet sistemi hastalıkları	☐	☐
Kardiyovasküler hastalıklar	☐	☐	Gastrointestinal hastalıklar	☐	☐
Akciğer / solunum hastalıkları	☐	☐	Psikiyatrik / bilişsel hastalıklar	☐	☐
Endokrin hastalıklar	☐	☐	Cilt hastalıkları	☐	☐
Serolojik hastalıklar	☐	☐	Alerjik hastalıklar	☐	☐
İşitme / kulak sorunları	☐	☐	Gebelik	☐	☐
Göz / görme sorunları (gözlükle düzelenler hariç)	☐	☐	Diğer: ……	☐	☐

İŞE UYGUNLUK *işyeri hekimince doldurulur*

İş / Faaliyet	Uygun	Değil	Görevde yok	İş / Faaliyet	Uygun	Değil	Görevde yok
Kapalı alanda çalışma	☐	☐	☐	Kaynak yapma	☐	☐	☐
Yüksekte çalışma	☐	☐	☐	Elektrik işi yapma	☐	☐	☐
Gece / vardiyalı çalışma	☐	☐	☐	Uzun mesafe yürüme	☐	☐	☐
Yalnız çalışma	☐	☐	☐	Merdiven inip çıkma	☐	☐	☐
Tozlu ortamda çalışma	☐	☐	☐	Sürekli ayakta durma	☐	☐	☐
Gürültülü ortamda çalışma	☐	☐	☐	Sürekli oturma	☐	☐	☐
Sıcak / soğuk ortamda çalışma	☐	☐	☐	Tekrarlayan hareketler	☐	☐	☐
İş makinesi / taşıt kullanma	☐	☐	☐	Ağır yük taşıma, itme / çekme	☐	☐	☐
Kimyasal madde ile çalışma	☐	☐	☐	Keskin görme gerektiren işler	☐	☐	☐
Bahçe işlerinde çalışma	☐	☐	☐	Gıda üretim / dağıtım işleri	☐	☐	☐

Özel şartlar (KKD kullanımına engel durum vb.)	

MUAYENE, EĞİTİM VE AŞI BİLGİLERİ

Son periyodik muayene tarihi		**Rapor geçerlilik tarihi**	
Tetanoz aşı tarihi		**Temel İSG eğitimi tarihi**	

Yetkili İşyeri Hekimi (Yüklenici / Alt İşveren)	Teslim Alan · Ana İşveren İşyeri Hekimi
Adı Soyadı : Tarih : İmza / Kaşe :	Adı Soyadı : Tarih : İmza / Kaşe :

Gizlilik: Bu formda çalışana ait hiçbir hastalığın adı yazılmaz; yalnızca takip gerektiren durumun varlığı işaretlenir. "Evet" işaretlenmesi hâlinde ana işveren işyeri hekimi, yüklenici firmanın işyeri hekimiyle iletişime geçer. Form yalnızca işyeri hekimleri ve sağlık personeli tarafından görüntülenebilir.

Dayanak: İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik md. 9/2-c-10 (alt işveren ve geçici çalışanların sağlık raporlarının kontrolü) · 6331 sayılı İSG Kanunu md. 15 · KVKK md. 6.

Bu belge armadaosgb.com adresinden indirilen örnek bir şablondur; işyerine uyarlanması ve uygulanması kullanan işverenin sorumluluğundadır. (Bu satırı silebilirsiniz.)