MUAYENE TÜRÜ	☐ İşe giriş ☐ Periyodik ☐ İşe dönüş ☐ İş / görev değişikliği ☐ Diğer: .....

İŞYERİNİN

Unvanı			
SGK Sicil No		Tehlike Sınıfı	☐ Az ☐ Tehlikeli ☐ Çok Tehlikeli
Adresi			
Tel / Faks		E-posta	

ÇALIŞANIN

Adı Soyadı				FOTOĞRAF
T.C. Kimlik No		Cinsiyeti	☐ E ☐ K	
Doğum Yeri / Tarihi		Eğitim Durumu		
Medeni Durumu		Çocuk Sayısı		
Ev Adresi				
Telefon		Çalıştığı Bölüm		
Mesleği				
Yaptığı İş (ayrıntılı)				

Daha önce çalıştığı yerler (bugünden geçmişe)

#	İşkolu	Yaptığı İş	Giriş – Çıkış Tarihi
1			
2			

ÖZGEÇMİŞ VE SOYGEÇMİŞ

Kan Grubu		Konjenital / Kronik	
Soygeçmiş	Anne: ..... Baba: ..... Kardeş: ..... Çocuk:		
Bağışıklama	Tetanoz: ..... Hepatit: ..... Diğer:		

TIBBİ ANAMNEZ

1. Son bir yıl içinde aşağıdaki yakınmalardan birini geçirdiniz mi?

	Hayır	Evet	Tarih
– Balgamlı öksürük	☐	☐	
– Nefes darlığı	☐	☐	
– Göğüs ağrısı	☐	☐	
– Çarpıntı	☐	☐	
– Sırt ağrısı	☐	☐	
– İshal veya kabızlık	☐	☐	
– Eklemlerde ağrı	☐	☐	
– Diğer (belirtiniz)	☐	☐	

2. Son bir yıl içinde aşağıdaki hastalıklardan birini geçirdiniz mi?

	Hayır	Evet	Tarih
– Kalp hastalığı	☐	☐	
– Şeker hastalığı	☐	☐	
– Böbrek rahatsızlığı	☐	☐	
– Sarılık	☐	☐	
– Mide / onikiparmak ülseri	☐	☐	
– İşitme kaybı	☐	☐	
– Görme bozukluğu	☐	☐	
– Sinir sistemi hastalığı	☐	☐	
– Deri hastalığı	☐	☐	
– Besin zehirlenmesi	☐	☐	
– Diğer (belirtiniz)	☐	☐	

3. Hastanede yattınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet	Evet ise tanı:
4. Ameliyat geçirdiniz mi?	☐ Hayır ☐ Evet	Evet ise nedir:
5. İş kazası geçirdiniz mi?	☐ Hayır ☐ Evet	Evet ise nedir:
6. Meslek hastalıkları hastanesine gittiniz mi?	☐ Hayır ☐ Evet	Evet ise tanı:
7. Maluliyet aldınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet	Evet ise nedir ve oranı:
8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet	Evet ise nedir:

9. Sigara içiyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Bırakmış: ..... ay/yıl önce, ... ay/yıl içmiş, ... adet/gün ☐ Evet: ..... yıldır, ... adet/gün
10. Alkol alıyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Bırakmış: ..... yıl önce, ... yıl içmiş, ... sıklıkla ☐ Evet: ..... yıldır, ... sıklıkla

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

FİZİK MUAYENE SONUÇLARI

	Normal	Anormal	Açıklama
a) Duyu organları – Göz	☐	☐	
– Kulak-Burun-Boğaz	☐	☐	
– Deri	☐	☐	
b) Kardiyovasküler sistem	☐	☐	
c) Solunum sistemi	☐	☐	
ç) Sindirim sistemi	☐	☐	
d) Ürogenital sistem	☐	☐	
e) Kas-iskelet sistemi	☐	☐	
f) Nörolojik muayene	☐	☐	
g) Psikiyatrik muayene	☐	☐	
h) Diğer	TA: ..... / ..... mmHg Nabız: ..... /dk Boy: ..... cm Kilo: ..... kg BKİ:		

LABORATUVAR BULGULARI

	Normal	Anormal	Sonuç / Açıklama
a) Biyolojik analizler – Kan	☐	☐	
– İdrar	☐	☐	
b) Radyolojik analizler (Akciğer grafisi vb.)	☐	☐	
c) Fizyolojik analizler – Odyometri	☐	☐	
– Solunum fonksiyon testi (SFT)	☐	☐	
– EKG / Görme / Diğer	☐	☐	
ç) Psikolojik testler	☐	☐	
d) Diğer	☐	☐	

KANAAT VE SONUÇ *

..... işinde bedenen ve ruhen çalışmaya:

☐ Elverişlidir ☐ Şartlı elverişlidir (şart: .....) ☐ Elverişli değildir

Kişisel koruyucu donanım: ☐ Kullanması şartıyla (.....)

Gece / vardiyalı çalışma: ☐ Çalışabilir ☐ Çalışamaz Yüksekte çalışma: ☐ Çalışabilir ☐ Çalışamaz

Bir sonraki periyodik muayene tarihi: ..... / ..... / 20..... Açıklama: .....

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

ÇALIŞANIN BEYANI

Yapacağım işin oluşturabileceği sağlık riskleri, gece çalışması, fazla çalışma ve kişisel koruyucu donanım kullanımı hakkında bilgilendirildim. İşe giriş / periyodik muayene ile işyeri hekimince gerekli görülen tetkiklerin yapılmasını kabul ettiğimi; muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim. Kişisel sağlık verilerimin işlenmesine ilişkin aydınlatma metni (ARM-İH-02) tarafıma verilmiştir.

ÇALIŞAN	İŞYERİ HEKİMİ
Adı Soyadı :	Adı Soyadı :
Tarih :	Diploma Tarih / No :
İmza :	İşyeri Hekimliği Belge No :
	Tarih · İmza / Kaşe :

Dayanak: İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik md. 9/2-c ve EK-2 · 6331 sayılı İSG Kanunu md. 15 · Bu form çalışanın kişisel sağlık dosyasında gizli tutulur.

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