

|                                                                                   |                                            |                     |             |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|-------------|
|  | <b>KONYA TEKNİK ÜNİVERSİTESİ</b>           | <b>Dok. Kodu</b>    | İSG.FR.21.1 |
|                                                                                   | <b>İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU</b> | <b>Yayın Tarihi</b> | 08.06.2025  |

|                                                                                                                                                                              |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------|-------------------|--|--|
| <b>İŞYERİNİN</b>                                                                                                                                                             |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| <b>Ünvanı</b>                                                                                                                                                                | PSİKOLOJİK DANIŞMA VE REHBERLİK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ |              |                    |                   |  |  |
| <b>SGK / Detsis No</b>                                                                                                                                                       | 73813220                                                                |              |                    |                   |  |  |
| <b>Adresi</b>                                                                                                                                                                | Akademi Mah. Yeni İstanbul Cad. No:235/1, Selçuklu/KONYA                |              |                    |                   |  |  |
| <b>Tel ve faks</b>                                                                                                                                                           | 0332 350 85 85                                                          |              |                    |                   |  |  |
| <b>E-Posta</b>                                                                                                                                                               | pdr@ktun.edu.tr                                                         |              |                    |                   |  |  |
| İşe giriş/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.<br><b>Çalışanın Adı Soyadı</b><br>İMZA |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| <div>Fotoğraf</div>                                                                                                                                                          |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
|                                                                                                                                                                              |                                                                         |              |                    | <b>ÇALIŞANIN;</b> |  |  |
|                                                                                                                                                                              |                                                                         |              |                    | 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.)                                                                                                                               |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| <b>Çalıştığı bölüm</b>                                                                                                                                                       |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| Daha önce çalıştığı yerler (Bu günden geçmişe doğru)                                                                                                                         | İşkolu                                                                  | Yaptığı iş   | Giriş-çıkış tarihi |                   |  |  |
| 1.                                                                                                                                                                           |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| 2.                                                                                                                                                                           |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| 3.                                                                                                                                                                           |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| <b>Özgeçmişi</b>                                                                                                                                                             |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| Kan grubu                                                                                                                                                                    |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| Konjenital/kronik hastalık                                                                                                                                                   |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| Bağışıklama                                                                                                                                                                  |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| - Tetanos                                                                                                                                                                    |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| - Hepatit                                                                                                                                                                    |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| - Diğer                                                                                                                                                                      |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| <b>Soygeçmişi (kronik hastalık, bağışıklama)</b>                                                                                                                             |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| Anne                                                                                                                                                                         | Baba                                                                    | Kardeş       | Çocuk              |                   |  |  |
|                                                                                                                                                                              |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| <b>TIBBİ ANAMNEZ</b>                                                                                                                                                         |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| 1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı?                                                                                                                     |                                                                         | Hayır        | Evet               |                   |  |  |
| - Balgamlı öksürük                                                                                                                                                           |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| - Nefes darlığı                                                                                                                                                              |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| - Göğüs ağrısı                                                                                                                                                               |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| - Çarpıntı                                                                                                                                                                   |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| - Sırt ağrısı                                                                                                                                                                |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| - İshal veya kabızlık                                                                                                                                                        |                                                                         |              |                    |                   |  |  |
| - Eklemelerde ağrı                                                                                                                                                           |                                                                         |              |                    |                   |  |  |

|                                                                                |          |       |                      |                   |                          |      |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|----------------------|-------------------|--------------------------|------|--|
| 2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?                     |          |       |                      | Hayır             |                          | Evet |  |
| - Kalp hastalığı                                                               |          |       |                      |                   |                          |      |  |
| - Şeker hastalığı                                                              |          |       |                      |                   |                          |      |  |
| - Böbrek rahatsızlığı                                                          |          |       |                      |                   |                          |      |  |
| - Sarılık                                                                      |          |       |                      |                   |                          |      |  |
| - Mide veya on iki parmak ülseri                                               |          |       |                      |                   |                          |      |  |
| - İtme kaybı                                                                   |          |       |                      |                   |                          |      |  |
| - 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 muayeneye tabi tutuldu mu? |          |       | Hayır                |                   | Evet ise sonuç?          |      |  |
| 7. Maluliyet aldınız mı?                                                       |          |       | Hayır                |                   | Evet ise nedir ve oranı? |      |  |
| 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    |       |                      |                   |                          |      |  |
|                                                                                | Bırakmış |       | .....yıl önce        | .....yıl içmiş    | .....sıklıkla içmiş      |      |  |
|                                                                                | Evet     |       | .....yıldır          | .....sıklıkla     |                          |      |  |
| <b>FİZİK MUAYENE SONUÇLARI</b>                                                 |          |       |                      |                   |                          |      |  |
| 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: |                   |                          |      |  |
| <b>LABORATUVAR BULGULARI</b>                                                   |          |       |                      |                   |                          |      |  |
| 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.)

**İşyeri Hekimi**

Adı ve Soyadı : ...../...../ 202.

Diploma Tarih ve No :

Diploma Tescil Tarih ve No :

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No :

İmza: