

	KONYA TEKNİK ÜNİVERSİTESİ	Dok. Kodu	İSG.FR.21.1
	İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU	Yayın Tarihi	08.06.2025

İŞYERİNİN						
Ünvanı	TEKNOLOJİ TRANSFER OFİSİ UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ					
SGK / Detsis No	44745333					
Adresi	Akademi Mah. Yeni İstanbul Cad. No:235/1, Selçuklu/KONYA					
Tel ve faks	0332 205 12 23					
E-Posta	tto@ktun.edu.tr					
İşe giriş/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim. Çalışanın Adı Soyadı 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./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						
- Tetanos						
- 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						
- 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 tutulduunuz 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	
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.)

İşyeri Hekimi

Adı ve Soyadı :/...../ 202.

Diploma Tarih ve No :

Diploma Tescil Tarih ve No :

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No :

İmza: