



T.C.
D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
..... BİRİMİ
İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman No	SÇ.FR.02
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.10.2024
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 1/4

İŞ YERİ SGK SİCİL KODLARI

- 4/D: 186100101107414502117 - 11 / 000
- İntörn (Öğr): 185420101110550102117 - 36 /000
- 4/B Sözleşmeli: 186100101108903102117 - 56 / 000
- Memur: 1-854201-1-0-411100-200610-21-6-00

Adı ve Soyadı		Çocuk Sayısı		Fotoğraf
T.C. Kimlik No		Ev Telefonu		
Doğum Yeri/Tarihi		Cep Telefonu		
Cinsiyeti	Erkek ☐ Kadın ☐	Unvanı/Kadro Durumu		
Eğitim Durumu		Yaptığı İş		
Medeni Durumu		Çalıştığı Bölüm		
Ev Adresi				

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

ÇALIŞANIN ADI VE SOYADI :

TARİH
...../...../.....

İMZA

DAHA ÖNCE ÇALIŞTIĞI İŞ YERİ / BİRİM	BİRİM	YAPTIĞI İŞ	GİRİŞ TARİHİ	ÇIKIŞ TARİHİ
1.				
2.				
3.				

ÖZGEÇMİŞİ/SOYGEÇMİŞİ

KAN GRUBU:

BAĞIŞIKLAMA

TARİH

TETANOZ: ()...../...../.....

GRİP: ()...../...../.....

HEPATİT B: ()...../...../.....

HEPATİT A: ()...../...../.....

DİĞER: (Belirtiniz).....
.....

...../...../.....
...../...../.....

SOYGEÇMİŞİ
KONJENİTAL-KRONİK
HASTALIKLAR

ANNE:

KARDEŞ:

BABA:

ÇOCUK:

ÇALIŞANDA
KONJENİTAL-KRONİK
HASTALIKLAR



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
.....
BİRİMİ
İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman No	SÇ.FR.02
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.10.2024
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 2/4

TIBBİ ANAMNEZ

1) SON BİR YIL İÇİNDE SAĞDAKİ YAKINMALARDAN HERHANGİ BİRİNİ GEÇİRDİNİZ Mİ?	YAKINMALAR	EVET	HAYIR		
	Balgamlı Öksürük	()	()		
	Nefes Darlığı	()	()		
	Göğüs Ağrısı	()	()		
	Çarpıntı	()	()		
	Boyun Ağrısı	()	()		
	Sırt-Bel Ağrısı	()	()		
	Eklemlerde Ağrı	()	()		
	İshal-Kabızlık	()	()		
	Diğer	()	()		
2) SON BİR YIL İÇİNDE SAĞDAKİ HASTALIKLARDAN HERHANGİ BİRİNİ GEÇİRDİNİZ Mİ?	HASTALIKLAR	EVET	HAYIR		
	Kalp Hastalığı	()	()		
	Şeker Hastalığı	()	()		
	Böbrek Hastalığı	()	()		
	Sarılık	()	()		
	Mide-Bağırsak Ülseri	()	()		
	İşitme Kaybı	()	()		
	Görme Bozukluğu	()	()		
	Sinir Sistemi Hastalığı	()	()		
	Deri Hastalığı	()	()		
	Besin Zehirlenmesi	()	()		
	Diğer()	()	()		
		HAYIR	EVET	AÇIKLAMALAR	
3) Son bir yıl içinde hastanede yattınız mı ?		()	()		
4) Son bir yıl içinde önemli ameliyat geçirdiniz mi ?		()	()		
5) Son bir yıl içinde iş kazası geçirdiniz mi ?		()	()		
6) Son bir yıl içinde Meslek Hastalıkları Hastanesine gittiniz mi ?		()	()		
7) Son bir yıl içinde maluliyet aldınız mı ?		()	()		
8) Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz ?		()	()		
9) Sigara içiyor musunuz ?		10) Alkol alıyor musunuz ?			
Evet ()	Bırakmış ()	Hayır ()	Evet ()	Bırakmış ()	Hayır ()
Ay/yıldır	Ay/yıl önce		Ay/yıldır	Ay/yıl önce	
Adet/gün	Ay/yıl içmiş		Gün/haftada	Gün/hafta	
	Adet/gün			Ay/yıl süreyle	

NOT: - VARSA SAĞLIK RAPORUNUZUN BİR ÖRNEĞİNİ FORMA EKLEYİNİZ.

-RADYASYON İLE İLGİLİ BİR İŞTE ÇALIŞIYORSANIZ (RADYASYON ÇALIŞANI SAĞLIK RAPORUNU DOLDURUNUZ.)



T.C.
D.Ü. DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
..... BİRİMİ
İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman No	SÇ.FR.02
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.10.2024
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 3/4

FİZİK MUAYENE SONUÇLARI

A)Duyu Organları			Ç) Sindirim Sistemi Muayenesi		
➤ Göz			D) Ürogenital Sistem Muayenesi		
➤ Kulak			E) Kas İskelet Sistemi Muayenesi		
➤ Deri			F) Nörolojik Muayene		
B) Kardiyovasküler Sistemi Muayenesi			G) Psikiyatrik Muayene		
C) Solunum Sistemi Muayenesi			Ğ) Diğerleri		
Tansiyon (mmHg)	Nabız (dk)	Boy (cm)	Kilo (kg)	BMI	Bel Çevresi (cm)

LABORATUVAR BULGULARI

A) Biyolojik Analizler	
➤ Kan	
➤ İdrar	
B) Radyolojik Analizler	
C) Fizyolojik Analizler	
➤ İşitme Testi (Odyometri)	
➤ Solunum Fonksiyon Testi (SFT)	
D) Psikolojik Testler	
E) Diğer	

1).....işinde/iş yerinde bedenen yüksekte ve/veya gece vardiyasında çalışmaya elverişlidir/çalışmaya elverişli değildir.

2) Raporda işaret edilen arızalar tedavi edilmek şartıyla elverişlidir.

Doktor (Kaşe-İmza)		Muayene Tarihi /...../.....
-------------------------	--	---



T.C.
D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ
..... BİRİMİ
İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman No	SÇ.FR.02
Yürürlüğe Gir.Tar.	01.10.2024
Revizyon No	00
Revizyon Tarihi	--
Sayfa No	Sayfa 4/4

PERİYODİK MUAYENELER

Bu kısma, meslek hastalıkları da dikkate alınarak periyodik muayene sonuçları yazılacaktır. Periyodik muayene de yapılan tetkiklerin sonuçları rapor ekin de bulunacaktır.)

Muayene Sonucu:

Muayene Tarihi:/...../.....

Doktor Kaşe/İmza:

Muayene Sonucu:

Muayene Tarihi:/...../.....

Doktor Kaşe/İmza:

Muayene Sonucu:

Muayene Tarihi:/...../.....

Doktor Kaşe/İmza:

Muayene Sonucu:

Muayene Tarihi:/...../.....

Doktor Kaşe/İmza:

Muayene Sonucu:

Muayene Tarihi:/...../.....

Doktor Kaşe/İmza: