



# Özel Ekol Hastanesi

## İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU



Doküman No SÇ.FR.18	Yayın Tarihi 31.08.2018	Revizyon No 01	Revizyon Tarihi 10.03.2025	Sayfa No 1/2
------------------------	----------------------------	-------------------	-------------------------------	-----------------

<b>İŞYERİNİN</b>		<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto; text-align: center;">Fotoğraf</div>	
Ünvanı	EKOL ÖZEL SAĞLIK HİZMETLERİ VE TİC. A.Ş.		
SGK Sicil No.	2 8610 01 01 1013787 22 01 63 000		
Adresi	KOCASINAN MAH. MUSTAFA AKAY SOK NO:4 - EDİRNE		
Tel ve faks	0284 236 10 10		
E-Posta	info@ekolhastanesi.com		
İşe giriş/periodyodik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.			
Çalışanın Adı Soyadı İMZA			
<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.)			
Çalıştığı bölüm			
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			
- Tetanoz			
- 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			
- Eklemlerde ağrı			
2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?	Hayır	Evet	
- Kalp hastalığı			
- Şeker hastalığı			
- Böbrek rahatsızlığı			



# Özel Ekol Hastanesi

## İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU



<b>Doküman No</b> SÇ.FR.18	<b>Yayın Tarihi</b> 31.08.2018	<b>Revizyon No</b> 01	<b>Revizyon Tarihi</b> 10.03.2025	<b>Sayfa No</b> 1/2
-------------------------------	-----------------------------------	--------------------------	--------------------------------------	------------------------

- Sarılık				
- Mide veya on iki parmak ülseri				
- İşitme 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	.....yıdır	.....adet/gün	
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır			
	Bırakmış	.....yıl önce	.....yıl içmiş	.....sıklıkla içmiş
	Evet	.....yıdır	.....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- ..... içinde 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.)

### İMZA

Adı ve Soyadı :

Diploma Tarih ve No:

Diploma Tescil Tarih ve No:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:

..... / ..... / 20.....