

## İŞYERİNİN :

Unvanı: SELÇUK ÜNİVERSİTESİ DİŞHEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ  
SGK Sicil No: 00014133002006100422600  
Adresi: AKADEMİ MAH.YENİ İSTANBUL CAD.NO:309 Selçuklu / KONYA  
Tel No: 0332 – 2410098  
Faks No: 0332 – 241 0062  
E-posta: [disfak@selcuk.edu.tr](mailto:disfak@selcuk.edu.tr)

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

EK-2

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:  
Mesleği:  
Yaptığı iş (Ayrıntılı olarak tanımlanacaktır) :

Çalıştığı bölüm:

Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):

İşkolu :

Yaptığı iş:

Giriş-çıkış tarihi:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.

## Özgeçmişi:

### Kan grubu:

Konjenital/kronik hastalık:

### Bağışıklama:

- Difteri-Tetanoz: I doz: II doz: III doz: IV doz: V doz: Rapel:  
- Hepatit B: I doz: II doz: III doz: -Hapatit A: (.....)  
- Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak: I doz: II doz:  
Tekli Kızamık: I doz:  
- Diğer: -Suçiçeği: (.....)

## Soy geçmişi:

Anne : Baba : Kardeş : Çocuk:

Kodu HSC.FR.09	Yayın tarihi 01 Aralık 2016	Revizyon No 02	Revizyon tarihi 27.05.2024	Sayfa No / Sayfa Sayısı 2/3
-------------------	--------------------------------	-------------------	-------------------------------	--------------------------------

## 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 biri için teşhis konuldu mu?

Hayır

Evet

- Kalp hastalığı
- Şeker hastalığı
- Böbrek rahatsızlığı
- 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 oldunuz mu?

Hayır

Evet ise neden?.....

5. İş kazası geçirdiniz mi?

Hayır

Evet ise ne oldu?.....

6. Meslek hastalıkları şüphesi ile ilgili tetkik veya muayeneye tabi tutuldu musunuz?

Hayır

Evet ise sonuç.....

7. Maluliyet aldınız mı?

Hayır

Evet ise nedeni 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.

ç) Sindirim sistemi muayenesi.

d) Ürogenital sistem muayenesi.

e) Kas-iskelet sistemi muayenesi.

f) Nörolojik muayene.

g) Psikiyatrik muayene.

ğ) Diğer.

-TA: / mmHg

-Nb: / dk.

-Boy:

Kilo:

Vücut Kitle İndeksi:



SELÇUK  
ÜNİVERSİTESİ

# İŞE GİRİŞ PERİYODİK MUAYENE



SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Kodu  
HŞÇ.FR.09

Yayın tarihi  
01 Aralık 2016

Revizyon No  
02

Revizyon tarihi  
27.05.2024

Sayfa No / Sayfa Sayısı  
3/3

## LABORATUVAR BULGULARI :

a) Biyolojik analizler.

### - Kan

AKŞ:

Lipid paneli

Hemogram

TSH

**Hepatit B Ag:** Hepatit B Ab (tüm personelde),

**Hepatit A Ab:** Hepatit C:

**HIV:**

**Göz muayenesi (İlk girişte herkese göz hastalıkları tarafından)**

### - İdrar

**b) Radyolojik analizler: (PA radyoloji tarafından raporlanacak)**

c) Fizyolojik analizler.

- Odyometre –

-SFT

ç) Psikolojik testler.

d) Diğer.(mesleki anamnezine göre gerekli diğer tetkikler...)

## KANAAT VE SONUÇ\* :

1- .....olarak bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.

2.....şartıyla 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:

İşyeri Hekimliği Belgesi Tarih ve No:

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

Hazırlayan	Kontrol Eden Kal. Yön. Direkt.	Onaylayan Dekan