

**KONYA TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**

Dok. Kodu

İSG.FR.21.1

İŞE GİRİŞ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

Yayın Tarihi

08.06.2025

Açıklamalardaki web sayfası linkinden
biriminize ait formu indirin.

İŞYERİNİN

Ünvanı GENEL SEKRETERLİK

SGK / Detsis No 99891361

Adresi Akademi Mah. Yeni İstanbul Cad. No:235 42130 Selçuklu/KONYA

Tel ve faks 0332 205 11 04 / 0332 354 00 12

E-Posta genelsekreterlik@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

B

Fotoğraf

A**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

C

2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi birini geçirdiniz mi?	Hayır	Evet
- Kalp hastalığı		
- Şeker hastalığı		
- Böbrek rahatsızlığı		
- Sarılık		
- Mide veya on iki parmak ülseri		
- İştih 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
	Evet	yıldır
10. Alkol alıyor musunuz?	Hayır	
	Bırakmış	yıl önce
	Evet	yıldır

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 ale 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:

AÇIKLAMALAR

1. Koordinatörlüğün “[İşe Giriş / Periyodik Muayene Formları](#)” sekmesi altındaki birimler listesinden fiili olarak çalıştığınız birimin formunun çıktısını arkalı önlü tek yaprak şeklinde çıktı alın. İki sayfa olarak çıktı almayın!
2. Belirtilen şekilde çıktı alamıyorsanız bağlı bulunduğunuz bölüm başkanlığı, daire başkanlığı, müdürlük veya dekanlıktan temin edin.
3. Kadronuzun bulunduğu birim ile fiili olarak çalıştığınız birim farklı ise fiili olarak çalıştığınız birimin formunu doldurun.
4. Muayene formunuzun işaretli kısımlarını aşağıdaki hususlara göre doldurun.
 - A -----> C ve D kısımlarındaki verdiğiniz bilgilerin doğru olduğunu beyan ettiğinize dair imzalayın.
 - B -----> Varsa fotoğrafınızı yapıştırın.
 - C -----> İşaretli tüm alandaki bilgilerinizi eksiksiz doldurun.
 - D -----> İşaretli tüm alandaki bilgilerinizi eksiksiz doldurun.
 - E -----> İşyeri hekimi dolduracaktır. Müdahale etmeyin. Biliyorsanız sadece boy ve kilo alanını doldurun.
5. Muayene işlemlerinin akıcılığını sağlamak ve zaman kaybının önüne geçmek için **LÜTFEN MUAYENE ODASINA GİTMEDEN ÖNCE İLGİLİ ALANLARDAKİ BİLGİLERİ DOLDURUN.** Size duyurulacak gün ve saatte, periyodik muayene formunuzla beraber muayene odasında hazır bulunun.