

EĞİTİME KATILIM BELGESİ

(Öğrenci İSG Eğitimi)

Belge Bilgileri

Tarih : .././202
Sayı : 202../....
Yer :
Eğitim Süresi:Saat

Eğitim Alan Katılımcı Bilgileri:

Adı/Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Eğitim Aldığı Alan :

Yukarıda katılımcı bilgileri yer alan 6331 Sayılı Kanun ve çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Esas ve Usulleri Hakkında Yönetmelik Kapsamında Çalışan Öğrenci İSG Eğitimi'ne Katılarak Bu Belgeyi Almaya Hak Kazanmıştır.

ONAY

İş Güvenliği Uzmanı

İşyeri Hekimi

Dekan/Dekan Yardımcısı

Bölüm Başkanı/Vekili

Adı-Soyadı-İmza

Adı-Soyadı-İmza

Adı-Soyadı-İmza

ÖĞRENCİ SAĞLIK TARAMA AŞI TAKİP KARTI

Adı Soyadı :

T.C. :

Baba Adı :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Okul Adı :

NO	YAPILAN AŞILAR	TARİH	SONUÇ

İş Yeri Hekimi

Adı-Soyadı-İmza

.....
UYGULAMAYA ÇIKAN ÖĞRENCİ
İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman No: İSG.FR.	Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No:00	Sayfa No:
--------------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------	------------------

(20/07/2013 tarihli ve 28713 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe giren İşyeri Hekimi ve Diğer Sağlık Personelinin Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik EK-2'sine uygun olarak düzenlenmiştir.)

İŞYERİNİN :

Unvanı:

SGK Sicil No:

Adresi:

Tel No:

Faks No:

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

Uygulamaya Çıkan Öğrenci Adı Soyadı
İMZA

Fotoğraf

UYGULAMAYA ÇIKAN ÖĞRENCİNİN:

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Doğum Yeri ve Tarihi:

Cinsiyeti:

Eğitim Durumu:

Medeni Durumu:

Evli ise 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.

Özgeçmişi:

Kan grubu:

Konjenital/kronik hastalık:

Bağışıklama:

- Tetanoz:

- Hepatit:

- Diğer:

.....
UYGULAMAYA ÇIKAN ÖĞRENCİ
İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman No: İSG.FR.	Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No:00	Sayfa No:
--------------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------	------------------

Soy geçmişi:

Anne:

Baba:

Kardeş:

Evli ise Çocuk:

TIBBİ ANAMNEZ:

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 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 tutuldunuz mu?

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

Bırakmışay/yıl önce

.....ay/yıl içmiş

.....adet/gün içmiş

Evetyıldır

.....adet/gün

10. Alkol alıyor musunuz? (Yaşa göre değerlendirme kriteri)

Hayır

Bırakmış yıl önce

..... yıl içmiş

..... sıklıkla içmiş

Evetyıldır

..... sıklıkla

.....
UYGULAMAYA ÇIKAN ÖĞRENCİ
İŞE GİRİŞ/PERİYODİK MUAYENE FORMU

Doküman No: İSG.FR.	Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No:00	Sayfa No:
--------------------------------------	----------------------	---------------------------	-----------------------	------------------

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:

LABORATUVAR BULGULARI:

- a) Biyolojik analizler.
- Kan (ELISA Testleri, Biyokimya, CBC ve gerek görülmesi halinde diğer kan testleri)
- İdrar
b) Radyolojik analizler.(PA Akciğer Grafisi ve gerek görülmesi halinde diğer radyolojik analizler)
c) Fizyolojik analizler.
- Odyometre
- SFT
- EKG
ç) Psikolojik testler.
d) Diğer.

KANAAT VE SONUÇ*:

- 1-**işinde bedenen ve ruhen çalışmaya elverişlidir.
2-şartıyla çalışmaya elverişlidir.

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

(* Yapılan muayene sonucunda çalışanın gece veya vardiyalı çalışma koşullarında çalışıp çalışmayacağı 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:

TAAHHÜTNAME

Uygulamalı eğitiminizi yapmak üzere başvurduğunuz işyerimizde göreviniz icabı öğrenmiş olduğunuz kurumsal olarak gizli kalması gereken bilgilerin üçüncü kişilerle paylaşılmaması, mesleki bilgi ve becerinizi artırmak için yapmış olduğunuz faaliyetlerin mutlaka görev yaptığınız birim çalışanları gözetiminde ve gerekli izin alınarak yapılması, işyeri sağlık ve güvenlik risklerine karşı kişisel koruyucu donanımların kullanılması, yanlış bir işleme mahal vermemek için tereddüt edilen konularda mutlaka birim çalışanlarından destek istenmesi, 07/04/2016 tarihli ve 29677 sayılı Resmi Gazete 'de yayımlanarak yürürlüğe giren 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında öğrenmiş olduğunuz özel nitelikli kişisel bilgilerin kişilerin rızası olmaksızın işlenmemesi ancak kamu sağlığının korunması gerekliliği söz konusu olduğu zaman birim çalışanlarına da danışılarak işlem yapılması gerekmektedir.

Öğrendiğim verilerin gizliliğini koruyacağımı ve yukarıda belirtilen hususlara uygun olarak hareket edeceğimi taahhüt ederim.

...../...../202.....

Adı-Soyadı

(İmza)