

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Başhekimliği

FOTOĞRAF

**T.C. ANTALYA VALİLİĞİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE BAĞLI SAĞLIK KURULUŞLARINDA STAJ YAPACAK ÖĞRENCİLER
İÇİN STAJ BAŞLANGIÇ MUAYENE FORMU**

STAJ YAPACAĞI HASTANENİN ADI : ANTALYA EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ

OKULUN

Okulun ADI :

Bölüm ve Sınıfı :

Tel / Fax No :

Staja başlangıç için muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı :

İmzası :

Velisinin Adı Soyadı :

İmzası :

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı :

T.C.Kimlik No :

Doğum Yeri ve Tarihi :

Tel No :

Ev Adresi :

VELİ ADI SOYADI :

Telefonu :

Daha önce çalıştığı yerler (Bugünden geçmişe doğru):

ADI BÖLÜM

1-

2-

3-

GİRİŞ ÇIKIŞ TARİHİ

ÖZGEÇMİŞİ

Kan grubu

Konjenital/kronik hastalık

Bağışıklama :

Tetanoz :

Hepatit :

Diğer :

SOY GEÇMİŞİ

Anne:

Baba:

Kardeş:

TIBBİ ANAMNEZ

1. Aşağıdaki yakınmalardan herhangi birini yaşadınız mı? Hayır: ☐ Evet: ☐

Balgamlı öksürük : ☐ Göğüs ağrısı : ☐ Sırt ağrısı : ☐ Eklemelerde ağrı: ☐

Nefes darlığı : ☐ Çarpıntı : ☐ İshal veya kabızlık: ☐

2. Aşağıdaki hastalıklardan herhangi biri için teşhis konuldu mu? Hayır: ☐ Evet: ☐

Kalp hastalığı : ☐ Sarılık : ☐ Besin zehirlenmesi : ☐

Şeker hastalığı : ☐ Mide veya oniki parmak ülseri : ☐ Sinir sistemi hastalığı : ☐

Böbrek rahatsızlığı : ☐ İşitme kaybı: ☐ Deri hastalığı: ☐

Görme Bozukluğu : ☐

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 tutulduunuz mu?
Hayır: ☐ Evet ise sonuç?

8. Şu anda herhangi bir tedavi görüyor musunuz? Hayır: ☐ Evet ise nedir?

9. Sigara içiyor musunuz? Hayır: ☐ bıraktım ... ay/yıl önce
Evet : ☐ yıldır

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 indeksi:

LABORATUVAR BULGULARI

Tam Kan Sayımı :

Hbs Ag:

Anti HBS

Anti HCV

Anti HTV

Anti HAV IgG

Anti HBC IgG

Anti HBC IgG

EKG

AKC Grafisi

Periferik Yanma

Trioid USG

T3 T4 TSH

AKŞ-BUN-KREA-AST-ALT

d) Diğer

KANAAT VE SONUÇ

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

Dr. İmza/ Kaşe :

Dr. Adı ve soyadı :

Diploma tarih ve no :

Tescil tarih ve no :

TARİH:/.../2026

DR.İMZA