

EĞİTİME KATILIM BELGESİ

(Öğrenci/Çırac İSG Eğitimi)

Belge Bilgileri

Tarih :/...../20....
Sayı : 2016/....
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
Öğrenci İSGB Eğitimine katılarak bu belgeyi almaya hak kazanmıştır.

ONAY

İş Güvenliği Uzmanı

Adı-Soyadı-imza

İşyeri Hekimi

Adı-Soyadı-imza

Okul Müdürü/Müdür Yardımcısı

Bölüm Başkanı/Vekili

Adı-Soyadı-imza

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-imza

KLİNİK UYGULAMA ÖĞRENCİ / PERİYODİK MUAYENE FORMU

İŞYERİNİN :

Unvanı:

SGK Sicil No:

Adresi:

Tel No:

Faks No:

E-posta:

Klinik uygulama öğrenci/periodydik muayene olmayı kabul ettiğimi ve muayene sırasında verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu beyan ederim.

**Öğrenci Adı Soyadı
İMZA**

Fotoğraf

Öğrencinin :

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.

Özgeçmişi :

Kan grubu:

Konjenital/kronik hastalık:

Bağışıklama:

- Tetanoz:

- Hepatit:

- Diğer:

Soy geçmişi:

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
- 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
- İditme 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 tutulduunuz 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 önceay/yıl içmişadet/gün içmiş

Evetyıldıradet/gün

10. Alkol alıyor musunuz?

Hayır

Bırakmışyıl önceyıl içmişsıklıkla içmiş

Evetyıldırsıklıkla

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

- İdrar

b) Radyolojik analizler.

c) Fizyolojik analizler.

- Odyometre

- SFT

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 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:

TAAHHÜTNAME

Klinik Uygulama Öğrenci olarak başvurduğunuz işyerimizde göreviniz icabı öğrenmiş olduğumuz 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 yayınlanarak 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.

Öğrenci Adı-Soyadı
(İmza)

ÖĞRENCİ GİZLİLİK SÖZLEŞMESİ FORMU

İşbu sözleşme, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Suşehri Devlet Hastanesi ile aşağıda kimlik bilgileri yazılı kişi ile (bundan sonra Öğrenci olarak adlandırılacaktır.)/....../20 tarihinde,

Aşağıda yer alan kayıt ve koşullarda tespit edilen hükümler çerçevesinde akdedilmiştir.

GENEL HÜKÜMLER;

- 1- Öğrenci; Bilgi Güvenliği Birimi incelemesi projesi kapsamında edineceği verilerin gizliliğini ve güvenliğini sağlamak için; aşağıdaki kurallara uyacağına beyanı olarak, işbu sözleşmeyi imzalayacaktır.
- 2- Öğrenci; T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikalarına ve Kılavuz da yer alan koşullara uygun hareket edecektir.
- 3- Öğrenci işbu sözleşme hükümlerine uygun davranmaktan, bunun ihlali durumunda Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Suşehri Devlet Hastanesine vereceği zararlardan sorumludur.
- 4- Öğrenci bu sözleşmeyi ihlal etmesi sonucu doğacak tüm kanuni ve hukuki sorumluluğu peşinen kabul eder.
- 5- Öğrenci Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Suşehri Devlet Hastanesinin bilgi güvenliğini sağlamak için kullandığı ilgili politika ve prosedürlere uygun davranacaktır, geliştirilen dokümanlarda istenen sorumlulukları eksiksiz yerine getirecektir.
- 6- Öğrenci; hizmet verirken kendisine teslim edilmiş olan görevin verilerini, sadece kendisi kullanacak ve gerekli olması durumunda yetkisi olan diğer kişilerle paylaşacak; bunlar dışında başkaları ile kesinlikle paylaşmayacaktır. Bilgi paylaşılabilir kişiler konusunda şüpheye düşülmesi durumunda; bağlı olduğu idari yönetici ile irtibata geçerek, kimlerle veriyi paylaşabileceğini teyit edecektir.
- 7- Öğrenci; proje kapsamında kendisine teslim edilmiş olan her türlü verinin gizli olduğunu kabul etmeli ve korumalıdır.
- 8- Öğrenci; hizmet süresince edindiği bilgiler gizli olarak nitelendirileceğinden; bunlar kesinlikle kendi menfaatlerine veya başkalarının menfaatine hizmet edecek şekilde kullanmayacaktır. Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Suşehri Devlet Hastanesi veya hizmet verilen teşkilata ait özel sırlar, mali bilgiler, çalışan bilgileri, sistem bilgileri ve çalışılan süre içinde derlenen tüm bilgiler, materyaller, programlar ve dokümanlar, bilgisayar ve telekomünikasyon sistemleri, donanım, yazılım ve tüm diğer düzenleme ve uygulamalar ile öğrencinin proje kapsamında çalışma süreleri içerisinde yapmış oldukları tüm işler gizlidir ve Kurumun mülkiyeti altındadır. Araçların, izin verilen ve Kurumdaki görevin gerektirdiği durumlar haricinde, kişisel ve özel çıkarlar için veya üçüncü şahıslar, kurum ve kuruluşlar yararına, Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Suşehri Devlet Hastanesinde çalışan süre içinde veya daha sonrasında kullanılması kesinlikle yasaktır.
- 9- Öğrenci; bu bilgi işleme sistemlerinden programlar, verileri veya diğer herhangi bir unsuru hukuka aykırı olarak ele geçirme, değiştirme, silme girişiminde bulunamaz ve bunları her ne sebeple olursa olsun kullanamaz, nakledemez veya çoğaltamaz.

İlgili Öğrencinin ;

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Cep Telefonu :

Okulu/Bölümü :

İmza