**İŞ BAŞVURU FORMU**

**Hangi pozisyon için başvurduğunuzu lütfen belirtiniz.**

* Buraya yazınız.

**Kişisel Bilgiler**

**Ad:**

**Soyad:**

**Doğum Yeri:**

**Doğum Tarihi:**

**Adres:**

**Ev Telefonu:**

**Cep Telefonu:**

**Acil Durumlarda Aranacak Cep Numarası:**

**Herhangi Bir Sağlık Probleminiz Var mı?**

Evet İse Lütfen Açıklayınız:

**Sigara Kullanıyor musunuz?**

**Şirketimizde Çalışan Yakınınız Var mı?**

Evet ise Adı ve Soyadı:

Bölümü:

**Daha Önce Şirketimiz Tarafından Görüşme Alındınız mı?**

Evet ise Pozisyon:

Görüşme Tarihi:

**Cinsiyetiniz:**

**Uyruğunuz:**

**Kan Grubu:**

|  |
| --- |
| **Eğitim Bilgileri** |
| **Eğitim Durum** | **Okul Adı / Bölümü** | **Mezuniyet Tarihi** | **Derece** |
| **Doktora** |  |  |  |
| **Yüksek Lisans** |  |  |  |
| **Lisans** |  |  |  |
| **Ön Lisans** |  |  |  |
| **Lise** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **İş Deneyimi** |
| **Şirket Adı** | **Çalışan Bölüm/Unvan** | **Tarih** | **Ayrılma Sebebi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cihazlar ve Uygulamalar** | **Hiç Kullanmadım, Uygulamadım** | **Kullanmadım, Uygulamadım, Çok Az Biliyorum** | **Kullanmasını ve Uygulamasını Çok İyi Biliyorum** |
| **GENEL** | EKG |  |  |  |
| Defibrilatör |  |  |  |
| Balon Valf Maske (Ambu) |  |  |  |
| Nebulizatör |  |  |  |
| Aspiratör |  |  |  |
| Airway |  |  |  |
| Laringoskop |  |  |  |
| Steteskop |  |  |  |
| Tansiyon Aleti |  |  |  |
| Dosiflow Kullanımı |  |  |  |
| Damar Yoluna Girme (Yetişkin-Çocuk) |  |  |  |
| Endoskopi Hazırlığı Asistanlığı |  |  |  |
| Oksijen Tüpü ve Maskeleri |  |  |  |
| Vantilatör Kullanımı (Yoğun Bakım) |  |  |  |
| CPR (Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon) (Yetişkin-Çocuk) |  |  |  |
| Yanık Pansumanı |  |  |  |
| Post-op Yara Pansumanı |  |  |  |
| Dekübitüs Yara Bakımı  |  |  |  |
| IM Enjeksiyon |  |  |  |
| IV Enjeksiyon |  |  |  |
| SC Enjeksiyon |  |  |  |
| Lavman Uygulaması |  |  |  |
| İdrar Sondası Takma ve Bakımı |  |  |  |
| Nazogastrik Sonda |  |  |  |
| Oragastrik Sonda |  |  |  |
| Merkezi Oksijen Sistemi Kullanımı |  |  |  |
| İlaç Doz Hesaplamaları |  |  |  |
| Steril Set Açma Tekniği |  |  |  |
| Anjiyocut Takılması ve Bakımı |  |  |  |
| Holler Cihazı |  |  |  |
| Efor Testi |  |  |  |
| EEG Çekimi |  |  |  |
| Mide Yıkaması ve Örnek Alınması |  |  |  |
| **KADIN DOĞUM VE DOĞUMHANE** | Vacum |  |  |  |
| Nst Çekimi (TOKO çekimi ve yorumu) |  |  |  |
| Koter Cihazı Kullanımı |  |  |  |
| El Doppleri Kullanımı |  |  |  |
| Perine (Epizyotomi) Bakımı |  |  |  |
| Postpartum Fundus Muayenesi |  |  |  |
| Fundus Masajı Uygulaması |  |  |  |
| Tuşe ile Serviks Değerlendirmesi |  |  |  |
| Meme Bakımı |  |  |  |
| Kanama Takibi (Lochia) |  |  |  |

**Hemşireler İçin Mesleki Deneyim Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cihazlar ve Uygulamalar** | **Hiç Kullanmadım, Uygulamadım** | **Kullanmadım, Uygulamadım, Çok Az Biliyorum** | **Kullanmasını ve Uygulamasını Çok İyi Biliyorum** |
| **ÇOCUK BAKIMI** | Bebek Isıtıcısı |  |  |  |
| Kuvöz  |  |  |  |
| Fototerapi |  |  |  |
| Çocuk CPR |  |  |  |
| Çocuk Damar Yolu Girme |  |  |  |
| Bebek Göbek ve Göz Bakımı |  |  |  |
| Exchange Setini Hazırlama ve Asiste Etme |  |  |  |
| **AMELİYATHANE** | Laparoskopi ve Endoskopi Sistemi’nin Hazırlanıp Kullanılması |  |  |  |
| Ameliyathane Mikroskobu Hazırlanıp Kullanılması |  |  |  |
| Koter |  |  |  |
| Otoklav (Buharlı Sterilizasyon) |  |  |  |
| MSÜ Kuru Sterilizasyon  |  |  |  |
| Flash Otoklav |  |  |  |
| Poşetleme Cihazı |  |  |  |
| Masa Hazırlama ve Enstrümante/Asiste Etme |  |  |  |
| Cerrahi El Yıkama |  |  |  |
| Cerrahi Alet Bakımı |  |  |  |

**Hemşireler İçin Mesleki Deneyim Bilgileri**

**Teknisyenler ve Laborantlar İçin Mesleki Deneyim Bilgileri**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cihazlar ve Uygulamalar** | **Hiç Kullanmadım, Uygulamadım** | **Kullanmadım, Uygulamadım, Çok Az Biliyorum** | **Kullanmasını ve Uygulamasını Çok İyi Biliyorum** |
| **LABORANT** | Hemogram Cihazı |  |  |  |
| Otonalizör |  |  |  |
| Mikroskop |  |  |  |
| Tam İdrar Tetkiki |  |  |  |
| Hormon Analizi |  |  |  |
| **ANESTEZİ TEKNİSYENİ** | Monitör |  |  |  |
| Defibrilatör  |  |  |  |
| Laringoskop  |  |  |  |
| Aspiratör |  |  |  |
| Anestezi Cihazı ve Vaporizatör |  |  |  |
| Resüsitasyon |  |  |  |
| **RÖNTGEN TEKNİSYENİ** | Direkt Röntgen Çekimi |  |  |  |
| Taş Kırma Ünitesi |  |  |  |
| Skopi |  |  |  |
| C Kollu Röntgen (Portabl) |  |  |  |
| Manuel (El Banyosu) |  |  |  |
| Otomatik Banyo Yapma |  |  |  |
| Kontrastlı Röntgen Film Çekimi |  |  |  |
| Histerografi Çekimi |  |  |  |
| Mamografi Çekimi |  |  |  |
| MR Çekimi |  |  |  |
| Periferik Anjio Çekimi |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bilgisayar Bilgisi Program Adı** | **Çok İyi** | **İyi** | **Orta** | **Başlangıç** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yabancı Dil Bilgisi** | **Çok İyi** | **İyi** | **Orta** | **Başlangıç** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Kurs / Sertifika / Seminer** | **Çok İyi** | **İyi** | **Orta** | **Başlangıç** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Referanslarınız** |
| **1** | **Adı Soyadı** |  |
| **Telefonu** |  |
| **Unvanı** |  |
| **2** | **Adı Soyadı** |  |
| **Telefonu** |  |
| **Unvanı** |  |
| **3** | **Adı Soyadı** |  |
| **Telefonu** |  |
| **Unvanı** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **İş Yükümlülükleri** | **Cevabınız** |
| **En erken hangi tarihte işe başlayabilirsiniz?** |  |
| **Gereğinde fazla mesai yapar mısınız?** |  |
| **Cumartesi ve/veya Pazar günleri mesai yapabilir misiniz?** |  |
| **Gece vardiyasında çalışabilir misiniz?** |  |
| **Seyahat edebilir misiniz?** |  |
| **Son iş yerinizde ortalama, net ve brüt ücreti TL olarak yazınız.** |  |
| **Talep ettiğiniz net ve brüt ücreti TL olarak yazınız.** |  |

**TAAHHÜT**

Bu Personel Başvuru Formunda tarafımca beyan edilen bilgilerin, işe kabul edilmem halinde hizmet akdine (iş sözleşmesine) esas teşkil edeceğini, hizmet sözleşmesinin eki olarak sayılacağını, Zilason Sağlık A.Ş’nin bu bilgiler hakkında araştırma yapabileceğini, söz konusu beyanlarımın doğru ve eksiksiz olduğunu yanıltıcı olmadığını, aksi halde hizmet akdimin 4857 sayılı İş Kanunu’nun 25/II maddesine göre tazminatsız olarak feshedileceğini kayıtsız ve şartsız olarak kabul, beyan ve taahhüt ederim. Ayrıca hizmet akdi kurulması halinde iş bu bilgi formunun özlük dosyamda saklanmasına, hizmet akdinin işleyişi esnasında gerekli durumlarda ilgili kurumlarla paylaşılmasına onay veriyorum.

TARİH: / 202

|  |
| --- |
| **BU BÖLÜM ZİLAN HASTANESİ YÖNETİMİ / MERKEZ YÖNETİMİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR** |
| **Adayın** |
| **Adı- Soyadı:** | **Net Ücret:** |
| **Unvanı:** | **İşe Başlama Tarihi:** |
| **Bölümü** | **Varsa Özel Şartları:** |

|  |
| --- |
| **Müdür / Genel Yardımcısı / Genel Müdür** |
| **Adı - Soyadı** | **Tarih** | **İmza** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **İnsan Kaynakları Bölümü** |
| **Adı - Soyadı** | **Tarih** | **İmza** |
|  |  |  |