

Datum _____ Gesundheitszentrum _____

Angaben zum/zur Bediensteten	
Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift privat*	_____
Telefon / Mobil*	_____
Schule/Dienststelle	
Name	_____
Anschrift	_____
* Hinweis: Angaben mit * sind freiwillig, erleichtern jedoch erforderlichenfalls die Zusendung von vertraulichen Unterlagen, Vorsorgebescheinigung oder im Bedarfsfall telefonische Kontaktaufnahme durch Betriebsarzt/ärztin	

Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Bildschirmarbeit

Bitte bei nachstehenden Fragen Zutreffendes ankreuzen oder unterstreichen und wenn möglich durch konkrete Angaben ergänzen. Das Ausfüllen des Bogens ist nicht verpflichtend, erleichtert jedoch die schnelle Beurteilung durch den Betriebsarzt. **Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Den ausgefüllten Fragebogen sowie alle von Ihnen verwendeten Sehhilfen bitten wir am Untersuchungstag bereit zu halten.**

Welche Tätigkeiten am Bildschirm üben Sie aus?

- Text- und Dateneingabe-/bearbeitung
- Grafik- oder Bildbearbeitung
- Überwachung/Beobachtung

Weitere Angaben:

Bestehen dabei **besondere** Anforderungen an das **Farbunterscheidungsvermögen**? ja nein

Wie lange und mit **welchen Unterbrechungen** üben Sie diese Tätigkeiten aus?

ca. Stunden / Tag; seit ca. Jahren; mit *häufigen* / *seltenern* Unterbrechungen durch:

- Telefonate Gespräche Sonstiges:

Wie groß ist der **Abstand Ihrer Augen zum Bildschirm**? cm

Welchen **Monitortyp** benutzen Sie? Flachbildschirm Tablet Notebook Röhrenbildschirm

Welche **Größe** (Bildschirmdiagonale) hat der Monitor? Zoll bzw. cm

Benutzen Sie eine **Sehhilfe**? ja nein Wenn ja:

- **Welcher Art?** Fernbrille Nahbrille (Lesebrille) Bi- / Trifokalbrille Gleitsichtbrille
 Kontaktlinsen (*hart/weich*) spez. Bildschirmbrille

- **Welches Alter** hat Ihre Sehhilfe? Monate / Jahre

- **Wann** erfolgte die letzte Überprüfung Ihrer Sehhilfe? ca.....Monate /ca.....Jahre Augenarzt Optiker

Stehen oder standen Sie in augenärztlicher Behandlung wegen einer **Augenerkrankung** (z. B. Netzhautablösung, Verletzung, Glaukom)? ja nein Wenn ja, wegen welcher:

Treten bei der Arbeit **Augenbeschwerden** auf? ja nein Wenn ja, welche?

- Augenbrennen Tränen Lidzucken verschwommenes Sehen Sonstiges:

Leiden Sie an einer der folgenden **Erkrankungen oder Beschwerden**? ja nein Wenn ja, an welcher?

- Schmerzen von Arme/Hände Nacken-/ Schulterschmerzen Rückenschmerzen Kopfschmerzen

Sorgen Sie für **Ausgleich** durch Bewegung und regelmäßige Bildschirmpausen? ja nein

Dokumentation (wird durch B·A·D ausgefüllt) Sehtest durchgeführt am: Untersucher/in:	Ärztliche Beratung am: <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatzbrille erforderlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> zunächst Augenarztbesuch erforderlich / empfohlen <input type="checkbox"/> Lehrkraft / Landesbed. pers. / telef. / schriftl. informiert Arzt/Ärztin:
---	--