

# Bildschirmarbeitsplätze (ehem. G37)

Datum:
--------

Familienname, Vorname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
PLZ / Wohnort	
Straße / Hausnummer	
Telefon Firma (Durchwahl)	
ausgeübte Tätigkeit	
Arbeitgeber	
Betriebsteil / Filiale / Abteilg.	

## Allgemeine Anamnese

**1. Augenerkrankungen?** (auch Verletzungen, Operationen, Allergien usw.):  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

**2. Beschwerden bei der Bildschirmtätigkeit?**  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_

**3. Sehbeschwerden?**  ja  nein

Tränen  Doppelbilder  Schmerzen  Druckgefühl  Brennen  Juckreiz

Blendungsempfindlichkeit

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**4. Art der Brille bzw. Kontaktlinsen**

Ferne

Nähe

Nähe und Ferne

Kontaktlinsen

**Zutreffendes bitte auswählen**

Bifokal

Trifokal

Gleitsicht

Bildschirmarbeitsplatzbrille

**5. Datum der letzten Brillenverordnung:** \_\_\_\_\_

**6. Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates?**  ja  nein

(z.B. Wirbelsäule, Gelenke, Muskulatur)

**7. Erkrankungen oder Beschwerden des Nervensystems?**  ja  nein

(z.B. Migräne, Kopfschmerzen, Schwindel)

**8. Stoffwechselerkrankungen?**  ja  nein

(z.B. Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung)

**9. Bluthochdruck?**  ja  nein

**10. Dauerbehandlung mit Medikamenten?**  ja  nein

Wenn ja, welche? (freiwillige Angabe): \_\_\_\_\_

## Arbeitsanamnese

Arbeitszeit am Bildschirm ca. \_\_\_\_\_ Std./Tag

Ausreichende Beleuchtung  ja  nein      Blendung  ja  nein

Wechsel zwischen Bildschirmarbeit / Schreiben, Lesen / Publikumsverkehr  ja  nein

Bildschirmgröße ist für die Arbeitsaufgabe ausreichend bemessen? (Zoll: \_\_\_\_\_)  ja  nein

# Untersuchung der Augen (durch Mitarbeiter CAB auszufüllen)

Erstuntersuchung

Nachuntersuchung

ohne  / mit  Fernbrille

ohne  / mit  Nahbrille

ohne  / mit  BAP-Brille

mit  Gleitsichtbrille

mit  Kontaktlinsen

## Visus:

Ferne binokular \_\_\_\_\_ rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

Nähe (BAP) binokular \_\_\_\_\_ rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

Nähe 30cm binokular \_\_\_\_\_ rechts \_\_\_\_\_ links \_\_\_\_\_

## Phorie:

regelrecht  gestört

## Stereosehen:

intakt  eingeschränkt  nicht intakt

## Gesichtsfeld (horizontal)

intakt  eingeschränkt  nicht intakt

## Farbsinn:

intakt  eingeschränkt \_\_\_\_\_

nicht intakt \_\_\_\_\_

## Bemerkungen

---

---

---

---

Untersuchung durchgeführt von: \_\_\_\_\_

## Untersuchungsergebnis / Beurteilung

Keine Bedenken

Empfehlung: Vorstellung beim Augenarzt/Optiker (Visusminderung in allen Sehabständen).

Empfehlung: Vorstellung beim Augenarzt/Optiker (Visusminderung in der Ferne).

Empfehlung: Vorstellung beim Augenarzt/Optiker (Visusminderung in der Nähe).

Empfehlung: Vorstellung beim Augenarzt/Optiker (Visusminderung im Leseabstand).

Empfehlung: Vorstellung beim Augenarzt/Optiker (Visusminderung im Abstand am BAP).

---

Brille für den Bildschirmarbeitsplatz empfohlen.  vorhandene BAP-Brille weiterhin tragen.

Neue BAP-Brille (Ersatz für die aktuelle).

BAP-Brille empfohlen (hat noch keine).

---

---

Beurteilung durchgeführt von: \_\_\_\_\_