

Bildschirmarbeitsplätze (ehem. G37)

Datum:

☐ m ☐ w ☐ d

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

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 vertikal: ☐ regelrecht ☐ gestört

Phorie horizontal: ☐ regelrecht ☐ gestört

Stereosehen: ☐ intakt ☐ eingeschränkt ☐ nicht intakt

Gesichtsfeld (horizontal) ☐ intakt ☐ eingeschränkt ☐ nicht intakt

Farbsinn: ☐ intakt ☐ eingeschränkt _____
☐ nicht intakt _____

Bemerkungen

Wenn telef. Rücksprache durch den Arzt erfolgen soll bitte private Telefonnummer notieren:

_____ 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: _____