**Zusatzformular zur arbeitsmedizinischen Vorsorge für Bildschirmarbeitsplätze**

Name: Vorname: Geburtsdatum:

**Angaben zum Bildschirmarbeitsplatz**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wie hoch ist die tägliche Arbeitszeit am Bildschirm? |  | <2 h |  |  | 2-4 h | |  |  | >4 h | |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |
| Abstand zwischen Auge und Bildschirm |  | <60 cm |  |  | 60-80 cm | |  |  | >80 cm | |  |
|  |  |  |  |  | |  | |  | | |  |
| Sind Monitor und Tastatur getrennt? |  | Ja |  |  | |  | | | | Nein |  |
|  |  | | | | | | | | | | |
| Schreibtisch und Bürostuhl verstellbar? |  | Ja |  |  | |  | | | | Nein |  |
|  |  |  |  |  | |  | | | |  |  |
| Arbeiten Sie an unterschiedlichen Standorten? |  | Ja |  |  | |  | | | | Nein |  |

**Augen**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Leiden Sie unter einer Erkrankung der Augen? |  | Ja |  |  | |  | Nein |  |
|  |  | | | | | | |
| Falls ja, unter welcher? |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| Fand bereits eine Operation an den Augen statt? |  | Ja |  |  |  | | Nein |  |
|  |  | | | | | | |
| Falls ja, wann und welche? |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
| Sind Sie in augenärztlicher Behandlung? |  | Ja |  |  |  | | Nein |  |

**Sehhilfe**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nutzen Sie eine Sehhilfe (ja/nein)? Falls ja, welche? |  | Fernbrille | | |  |  | Nahbrille | |  |
|  | Gleitsichtbrille | | |  |  | Kontaktlinsen | |  |
|  | Bildschirmarbeitsplatzbrille | | | | | | |  |
|  |  | andere | | |  |  | |  |
|  |  | | | | | | | | | |
| Falls ja, wie alt? |  | |  |

**Weitere relevante Erkrankungen**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen? |  | Diabetes |  |  | Bluthochdruck |  |
|  | Migräne |  |  | Schwindel |  |
|  | Epilepsie |  |  | Kopfschmerzen |  |
|  |  | Erkrankung der Wirbelsäule | | | |  |

**Beschwerden am Arbeitsplatz**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bestehen Beschwerden der Augen? |  | Augentränen | |  |  | Blendeempfindlichkeit | | | | |  |
|  | Doppelbilder | |  |  | Augenbrennen | | | | |  |
|  | Schmerzen | |  |
|  | | andere | |  |  |  | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| Bestehen Beschwerden an folgenden Körperstellen? |  | Hände | |  |  | Arme | | | | |  |
|  | Schulter | |  |  | Nacken | | | | |  |
|  | Rücken | |  |
|  |  | andere | |  |  |  | | | | |

**Ausgleichstätigkeiten**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Treiben Sie Sport? |  | Ja |  |  | Nein |  |
|  |  | | | | | |
| Falls ja, welchen? |  | | | | |