

Fragebogen zur Bildschirmarbeitsplatz-Untersuchung (G37)

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____
Wohnanschrift _____
Einrichtung _____ Telefon dienstlich _____

Ihre Angaben sind freiwillig und werden vertraulich behandelt.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen und Ihre Sehhilfen zur Untersuchung mit!

- Wie lange arbeiten Sie täglich (durchschnittlich) am Bildschirm? _____ Std.
- Was sind Ihre Arbeitsaufgaben?

- Sind Sie mit den Verhältnissen an Ihrem Bildschirm-Arbeitsplatz zufrieden? ja nein
Wenn nein, was ist nicht in Ordnung?
 Beleuchtung Schreibtisch Raumklima Monitor Geräuschpegel Stuhl
- Wieviel beträgt der Abstand zwischen Augen und Bildschirm? _____ cm
- Benötigen Sie eine Sehhilfe? ja nein
Wenn ja: Fernbrille Nahbrille Gleitsichtbrille Bildschirmbrille kombinierte Gläser
Kontaktlinsen: harte weiche
- Die Sehhilfe benötige ich seit _____ Jahren, ist vom Augenarzt Optiker
- Stehen oder standen Sie in augenärztlicher Behandlung wegen
 Verletzungen Schielen Operationen anderen Erkrankungen
- Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?
 erhöhter Blutzucker erhöhter Blutdruck Kopfschmerzen, Migräne
 Nervenerkrankungen
- Treten bei der Arbeit Augenbeschwerden auf?
(z.B. Augenbrennen, Tränen, Lidzucken, verschwommenes Sehen) ja nein
- Kommt es bei der Arbeit zu anderen Beschwerden?
Schmerzen der HWS/Schulter ja nein Schmerzen der Arme/Hände ja nein
Schmerzen der unteren Wirbelsäule ja nein Haben Sie eine Allergie? ja nein
- Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? _____
- Betreiben Sie Ausgleichsgymnastik oder Sport? ja nein
Wenn ja, was? _____

Nur vom Arzt auszufüllen!

Beurteilung

- keine gesundheitlichen Bedenken
- keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen

Bemerkungen

- geeignete Sehhilfe verwenden verkürzte Nachuntersuchung
- Sonstiges _____
- Nächste Untersuchung _____