

Datum	Zentrum
Angaben zum Arbeitnehmer	
Name, Vorname	_____
Geburtsdatum	_____
Anschrift privat*	_____
Telefon / Mobil*	_____
Angaben zum Arbeitgeber	
Name	_____
Anschrift	_____
* Hinweis: freiwillige Angaben (hilfreich für das Zusenden von vertraulichen Unterlagen) Sie können wählen, wie Sie ggf. telefonisch erreichbar sein wollen (privat oder dienstlich)	

Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Bildschirmarbeit

Bitte bei nachstehenden Fragen Zutreffendes ankreuzen oder unterstreichen und wenn möglich durch konkrete Angaben ergänzen. **Den ausgefüllten Fragebogen bitten wir am Untersuchungstag dem betreuenden Betriebsarzt auszuhändigen.**

Das Ausfüllen des Bogens ist nicht verpflichtend, erleichtert jedoch die schnelle Beurteilung durch den Betriebsarzt. - Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht -

Welche Tätigkeiten am Bildschirm üben Sie aus?

- Text- und Datenbearbeitung Text- und Dateneingabe nach *Diktat / Vorlage*
 Grafik- oder Bildbearbeitung Überwachung/Beobachtung
 Sonstiges:

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

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

- Telefonate Gespräche Sonstiges:

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

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? Monate / Jahre

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

Dokumentation wird durch die B·A·D GmbH ausgefüllt

Untersucher:

Ärztliche Beratung gewünscht: ja / nein erfolgt: ja / nein

- Optiker / neue Sehhilfe empfohlen Augenarztbesuch empfohlen
 spezielle Bildschirmbrille erforderlich Sonstiges: