

Fragebogen zur Bildschirmarbeit

BG prevent Gesundheitszentrum: _____ Datum: _____

Angaben Beschäftigte:r

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift (privat): _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Angaben zum Arbeitgeber

Unternehmensname: _____

Anschrift: _____

Bitte den Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge bei Bildschirmarbeit ausfüllen und am Untersuchungstag Ihrer/Ihrem betreuenden Betriebsärzt:in aushändigen.

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Es besteht keine Verpflichtung zur Ausfüllung des Fragebogens, erleichtert jedoch die schnelle Beurteilung durch die/den Betriebsärzt:in.

Bitte bei nachstehenden Fragen Zutreffendes ankreuzen und wenn möglich durch konkrete Angaben ergänzen.

1. Welche Tätigkeiten am Bildschirm üben Sie aus?

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

2. 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: _____

3. Wie groß ist der Abstand Ihrer Augen zum Bildschirm? _____ cm

4. Welche Größe (Bildschirmdiagonale) hat der Monitor? _____ Zoll bzw. _____ cm

5. Benutzen Sie eine Sehhilfe? ja nein

Wenn ja, welcher Art?

- Fernbrille Nahbrille (Lesebrille) spez. Bildschirmbrille
 Gleitsichtbrille Bi-/Trifokalbrille Kontaktlinsen (hart/weich)

6. Welches Alter hat Ihre Sehhilfe? _____ Monate bzw. _____ Jahre

7. Wann erfolgte die letzte Überprüfung Ihrer Sehhilfe?

_____ Monate bzw. _____ Jahre

8. Stehen oder standen Sie in augenärztlicher Behandlung wegen einer Augenerkrankung

(z. B. Netzhautablösung, Verletzung, Glaukom)?

ja nein

Wenn ja, wegen welcher: _____

9. Treten bei der Arbeit Augenbeschwerden auf?

ja nein

Wenn ja, welche?

Augenbrennen Tränen Sonstiges:

Lidzucken verschwommenes Sehen _____

10. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

ja nein

Wenn ja, an welcher?

Schmerzen von Armen/Hände Rückenschmerzen

Nacken-/Schulterschmerzen Kopfschmerzen

DOKUMENTATION

wird durch die BG prevent GmbH ausgefüllt.

Untersucher:in _____

Ärztliche Beratung gewünscht:

ja nein

Erfolgt:

ja nein

Optiker:in/neue Sehhilfe empfohlen

Besuch bei Augenarzt:in empfohlen

Spezielle Bildschirmbrille erforderlich

Sonstiges:

