

Zusatzformular zur arbeitsmedizinischen Vorsorge für Bildschirmarbeitsplätze

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Angaben zum Bildschirmarbeitsplatz

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

Augen

Leiden Sie unter einer Erkrankung der Augen?	Ja	<input type="checkbox"/>			Nein	<input type="checkbox"/>
Falls ja, unter welcher?	_____					
Fand bereits eine Operation an den Augen statt?	Ja	<input type="checkbox"/>			Nein	<input type="checkbox"/>
Falls ja, wann und welche?	_____					
Sind Sie in augenärztlicher Behandlung?	Ja	<input type="checkbox"/>			Nein	<input type="checkbox"/>

Sehhilfe

Nutzen Sie eine Sehhilfe (ja/nein)? Falls ja, welche?	Fernbrille	<input type="checkbox"/>	Nahbrille	<input type="checkbox"/>
	Gleitsichtbrille	<input type="checkbox"/>	Kontaktlinsen	<input type="checkbox"/>
	Bildschirmarbeitsplatzbrille	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	andere	<input type="checkbox"/>	_____	
Falls ja, wie alt?	_____			

Weitere relevante Erkrankungen

Leiden Sie unter einer der folgenden Erkrankungen?	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
	Migräne	<input type="checkbox"/>	Schwindel	<input type="checkbox"/>
	Epilepsie	<input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>
	Erkrankung der Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Beschwerden am Arbeitsplatz

Bestehen Beschwerden der Augen?	Augentränen	<input type="checkbox"/>	Blendeempfindlichkeit	<input type="checkbox"/>
	Doppelbilder	<input type="checkbox"/>	Augenbrennen	<input type="checkbox"/>
	Schmerzen	<input type="checkbox"/>		
	andere	<input type="checkbox"/>		
Bestehen Beschwerden an folgenden Körperstellen?	Hände	<input type="checkbox"/>	Arme	<input type="checkbox"/>
	Schulter	<input type="checkbox"/>	Nacken	<input type="checkbox"/>
	Rücken	<input type="checkbox"/>		
	andere	<input type="checkbox"/>	_____	

Ausgleichstätigkeiten

Treiben Sie Sport?	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welchen?	_____			