

## Angaben zur Person

Familienname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

PLZ und Ort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**Tätigkeit** (Arbeitsbereich und Funktion): \_\_\_\_\_

## Wie lange arbeiten Sie täglich (durchschnittlich) am Bildschirm?

0 – 2 Std. ☐

2 – 4 Std. ☐

4 – 8 Std. ☐

## Was sind Ihre Aufgaben?

- |   |                               |                               |                               |
|---|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| - Publikumsverkehr  | >25% <input type="checkbox"/> | >50% <input type="checkbox"/> | >75% <input type="checkbox"/> |
| - nur Eingaben  | ja <input type="checkbox"/>   | nein <input type="checkbox"/> |                               |
| - Kombination Daten abrufen, eingeben und gleichzeitig telefonieren | ja <input type="checkbox"/>   | nein <input type="checkbox"/> |                               |
| - Falls ja, ist ein Headset vorhanden?                              | ja <input type="checkbox"/>   | nein <input type="checkbox"/> |                               |

## Sind Sie mit den Verhältnissen an Ihrem Bildschirm-Arbeitsplatz zufrieden?

ja ☐ nein ☐

Wenn nein, was ist aus Ihrer Sicht nicht in Ordnung?

Beleuchtung ☐

Raumklima ☐

Geräuschpegel ☐

Schreibtisch ☐

Stuhl ☐

Monitor ☐

## Wie weit entfernt vom Bildschirm sitzen Sie (bitte Abstand Augen zum Bildschirm messen)?

\_\_\_\_\_ cm

## Haben Sie eine Sehhilfe?

Fernbrille ☐ Nahbrille ☐ Gleitsichtbrille ☐ Bifokalbrille ☐ Bildschirmbrille ☐

Kontaktlinsen ja ☐ nein ☐ harte ☐ weiche ☐

## Wie alt ist Ihre Sehhilfe? \_\_\_\_\_ Jahre

## Stehen oder standen Sie in augenärztlicher Behandlung wegen:

Verletzungen ☐ Schielen ☐ Operation ☐ andere Erkrankungen ☐

## Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

Diabetes ☐ Bluthochdruck ☐ Nervenerkrankungen ☐ Kopfschmerzen/Migräne ☐

## Treten bei der Arbeit Augenbeschwerden auf (z.B. Augenbrennen, Tränen, Lidjucken, verschwommenes Sehen)?

ja ☐ nein ☐

## Kommt es bei der Arbeit zu anderen Beschwerden?

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| - Schmerzen der Halswirbelsäule/Schulter | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Schmerzen der Arme/Hände               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| - Schmerzen der unteren Wirbelsäule      | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

## Haben Sie eine Allergie?

ja ☐ nein ☐

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

<b>Nehmen Sie Medikamente ein?</b>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Falls ja, welche? _____				

<b>Treiben Sie Ausgleichsgymnastik oder Sport?</b>	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Falls ja, was? _____				

**Bitte bringen Sie zur Untersuchung den ausgefüllten Fragenbogen und Ihre Sehhilfe mit.**

**Vielen Dank!**