

Fragebogen Bildschirmarbeitsplatz

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
- nur Eingaben
- Kombination Daten abrufen, eingeben und gleichzeitig telefonieren
- Falls ja, ist ein Headset vorhanden?

>25%

>50%

>75%

ja

nein

ja

nein

ja

nein

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

ja

nein

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

Beleuchtung

Schreibtisch

Raumklima

Stuhl

Geräuschpegel

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

nein

- Schmerzen der Arme/Hände

ja

nein

- Schmerzen der unteren Wirbelsäule

ja

nein

Haben Sie eine Allergie?

ja

nein

Falls ja, welche? _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

ja

nein

Falls ja, welche? _____

Treiben Sie Ausgleichsgymnastik oder Sport?

ja

nein

Falls ja, was? _____

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

Vielen Dank!