

Fragebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung "Bildschirm-Arbeitsplatz" (n. G 37)

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____

Straße: _____ PLZ/Wohnort: _____

Firma: _____ Tätigkeit: _____

Bitte beantworten Sie folgende Fragen: Für eine gute Qualität unserer Beratung, bitte möglichst alle Fragen ergänzen bzw. zutreffende Antwort ankreuzen. Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zur Untersuchung mit. Er ist nur für den Arzt bestimmt und wird streng vertraulich behandelt.

-Wie lange arbeiten Sie täglich (durchschnittlich) am Bildschirm? 0-2 Std. 2-4 Std. 4-8 Std.

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

-Wenn nein, was ist nicht in Ordnung?

| | |
|----------------|---------------|
| Beleuchtung? | Schreibtisch? |
| Raumklima? | Stuhl? |
| Geräuschpegel? | Monitor? |

-Wie weit entfernt vom Bildschirm sitzen Sie? (bitte Abstand Augen bis Bildschirm messen!) _____ cm

-Tragen Sie eine Sehhilfe? Ja Nein

Wenn ja / Welche?

| | | |
|------------|------------------|------------------|
| Fernbrille | Nahbrille | Gleitsichtbrille |
| | Bildschirmbrille | Kontaktlinsen |

-Wie alt ist Ihre Sehhilfe? _____ Jahre

-Stehen oder standen Sie in augenärztlicher Behandlung wegen:

| | |
|--------------|---------------------|
| Verletzungen | Schielen |
| Operationen | andere Erkrankungen |

-Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

| | |
|---------------------------------|--------------------------|
| erhöhter Blutzucker (Diabetes)? | erhöhter Blutdruck? |
| Nervenerkrankungen? | Kopfschmerzen / Migräne? |

-Nehmen Sie Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

-Haben Sie Allergien? Ja Nein

-Treten bei der Arbeit Augenbeschwerden auf? Ja Nein

(z.B. Augenbrennen, Tränen, Lidzucken, verschwommenes Sehen?)

-Kommt es bei der Arbeit zu anderen Beschwerden? Ja Nein

| | | |
|-----------------------------------|----|------|
| Schmerzen der HWS/Schulter? | Ja | Nein |
| Schmerzen der Arme/Hände | Ja | Nein |
| Schmerzen der unteren Wirbelsäule | Ja | Nein |

Informationen zur Verarbeitung personenbezogener Daten finden Sie unter www.bestmedicalsolutions.de/datenschutzerklaerung/.

Datum / Unterschrift