

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

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____
Straße / Nr: _____ PLZ/Wohnort: _____ Pk-Nr: _____
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?	<input type="checkbox"/>	Schreibtisch?	<input type="checkbox"/>
Raumklima?	<input type="checkbox"/>	Stuhl?	<input type="checkbox"/>
Geräuschpegel?	<input type="checkbox"/>	Monitor?	<input type="checkbox"/>

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

-Brauchen Sie eine Sehhilfe? Ja Nein

Wenn ja / Welche?

Fernbrille <input type="checkbox"/>	Nahbrille <input type="checkbox"/>	Gleitsichtbrille <input type="checkbox"/>
	Bildschirmbrille <input type="checkbox"/>	Kontaktlinsen <input type="checkbox"/>

-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)? <input type="checkbox"/>	erhöhter Blutdruck? <input type="checkbox"/>
Nervenerkrankungen? <input type="checkbox"/>	Kopfschmerzen / Migräne? <input type="checkbox"/>

-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.waz-leverkusen.de/erstinfo.

.....
Datum / Unterschrift