

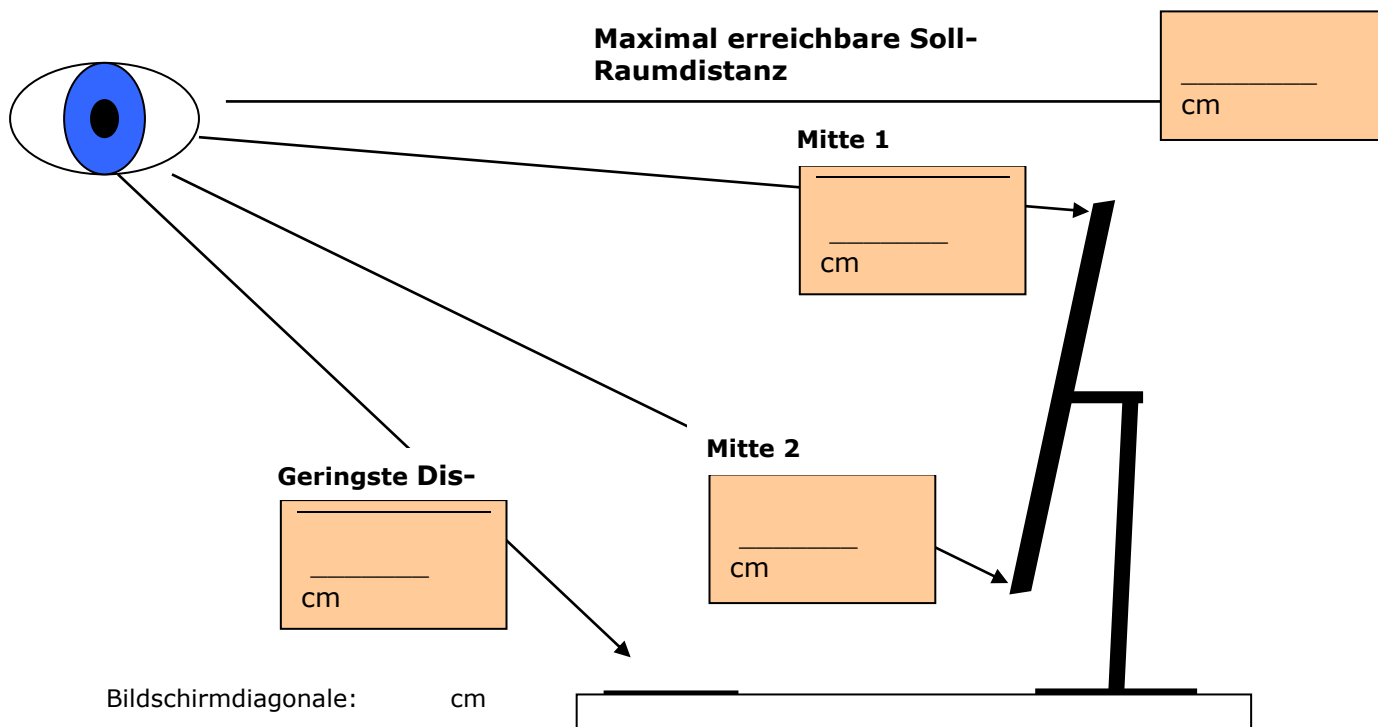
Bestellformular

Für den Dekanatsverband Tauberbischofsheim in Baden-Württemberg zur Feststellung der Notwendigkeit und Lieferung von Bildschirmarbeitsplatzbrillen

Angaben zum/zur Mitarbeitenden:			
Name, Vorname		Arbeits-/Dienststelle (Beschäftigungsbehörde)	
Geburtsjahr		Tätigkeit	
		Telefon Arbeit: Dienstl. E-Mail:	
		Brillenträger/in seit:	
Stellungnahme des/der Betriebsarztes/-ärztin			
Eine Bildschirmarbeitsplatzbrille ist erforderlich (bitte auch Skizze zum Bildschirmarbeitsplatz auf Seite 2 ausfüllen).		☐ ja	☐ nein
Eine weitergehende augenärztliche Untersuchung ist erforderlich.		☐ ja	☐ nein
Bemerkungen:			
		Stempel	Datum/Unterschrift
Stellungnahme des/der Augenarztes/-ärztin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)			
Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist weiterhin als Alltagsbrille ausreichend.		☐ ja	☐ nein
Begründung:			
Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist für die Bildschirmarbeit ausreichend.		☐ ja	☐ nein
Eine neue normale Sehhilfe ist nach einem Arbeitsversuch am Bildschirmarbeitsplatz für die Bildschirmarbeit ausreichend.		☐ ja	☐ nein
Stellungnahme des/der Augenoptikers/-optikerin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)			
Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist weiterhin als Alltagsbrille ausreichend.		☐ ja	☐ nein
Begründung:			
Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist für die Bildschirmarbeit ausreichend.		☐ ja	☐ nein
Eine neue normale Sehhilfe ist nach einem Arbeitsversuch am Bildschirmarbeitsplatz für die Bildschirmarbeit ausreichend.		☐ ja	☐ nein
Die Abgabe einer Bildschirmarbeitsplatzbrille ist notwendig:		☐ ja	☐ nein
Erforderlich sind: (zutreffendes ankreuzen)			
☐ Glas rechts	☐ Einstärkenglas		
☐ Glas links	☐ Bifokalglas/Officeglas		
☐ Fassung	☐ Raumgleitsichtglas		
Stellungnahme des/der Augenoptikers/-optikerin zur Lieferung der Bildschirmarbeitsplatzbrille:			
Die Bildschirmarbeitsplatzbrille wurde nach einer augenärztlichen Verordnung/eigener Refraktionsbestimmung angefertigt und dem/der Bediensteten übergeben. Es handelt sich <u>nicht</u> um eine Universalgleitsichtbrille. Die Brillenglaswerte wurden gemäß dem Medizinproduktegesetz dokumentiert.			
Bemerkungen:			
		Stempel	Datum/Unterschrift

Beschreibung des Arbeitsplatzes:

Vom/Von Betriebsarzt/Betriebsärztin oder der Fachkraft für Arbeitssicherheit oder einer beauftragten Person der Dienststelle auszufüllen:



Es handelt sich um einen Bildschirmarbeitsplatz: (unbedingt ankreuzen!):

- ☐ mit Lese- bzw. Schreibtätigkeit im Nahbereich
- ☐ ohne Lese- bzw. Schreibtätigkeit im Nahbereich
- ☐ mit Publikumsverkehr
- ☐ ohne Publikumsverkehr

Nur bei Arbeitsplatz mit Publikumsverkehr auszufüllen:

Entfernung Auge – Tür: m/ Entfernung Auge – Tresen: m/ Entfernung Auge – Besuchersitzplatz: m

Datum: _____ Name: _____ Unterschrift: _____

Angaben zur Refraktionsbestimmung (vom Augenoptiker/In auszufüllen)

		Sph	Cyl	Achse	Prisma	Basis	ADD	PD	NTH
Bildschirmbrille	R								
	L								
Ferne	R								
	L								

Akkommodationsbreite in dpt:

Datum _____

Unterschrift Augenoptiker/in _____