

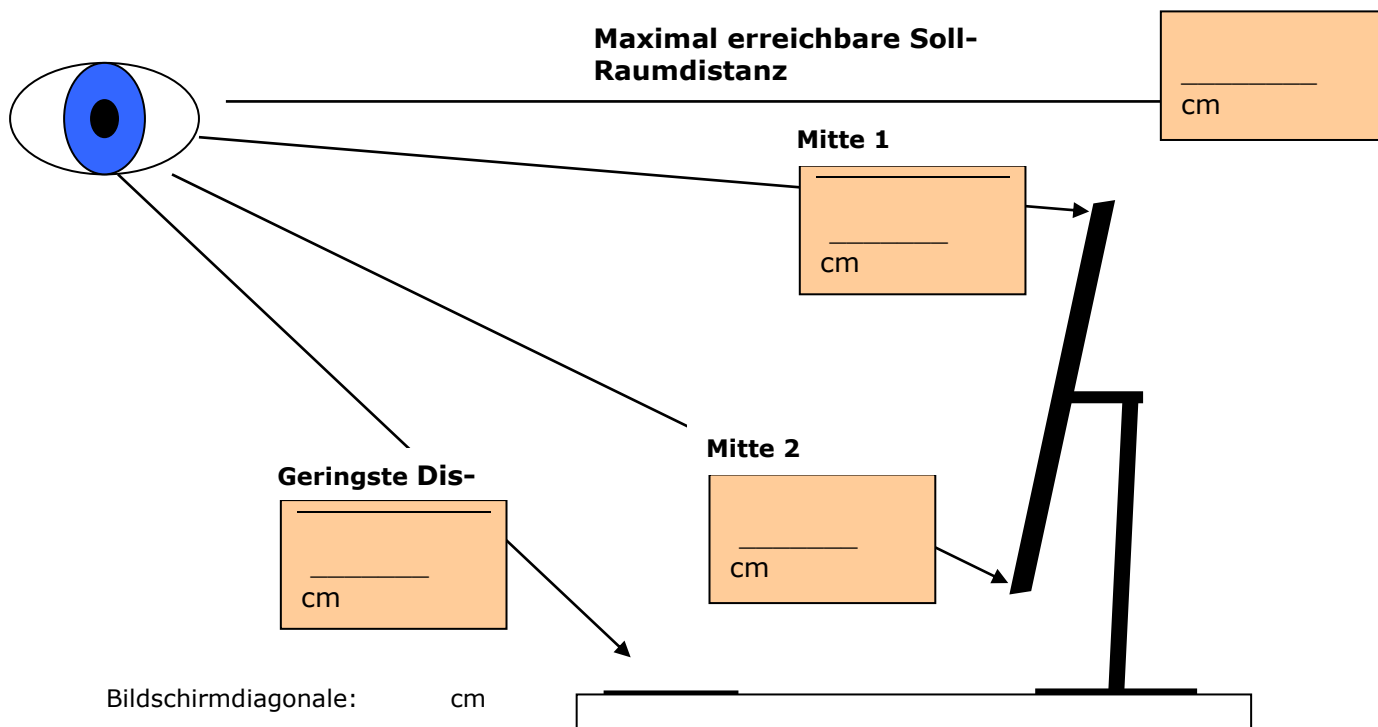
**Bestellformular** für die Württembergische Philharmonie Reutlingen, gem. des Rahmenvertrages des SWAV, zur Feststellung der Notwendigkeit und Lieferung von Bildschirmarbeitsplatzbrillen

| Angaben zum/zur Beschäftigten:                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                 |                                                  |                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-------------------------------|
| Name, Vorname                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                 | Arbeits-/Dienststelle<br>(Beschäftigungsbehörde) |                               |
| Geburtsjahr                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 | Tätigkeit                                        |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 | Telefon Arbeit:<br>Dienstl. E-Mail:              |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 | Brillenträger/in seit:                           |                               |
| Stellungnahme des/der Betriebsarztes/-ärztin                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                                  |                               |
| Eine Bildschirmarbeitsplatzbrille ist erforderlich (bitte auch Skizze zum Bildschirmarbeitsplatz auf Seite 2 ausfüllen).                                                                                                                                                                             |                                                 | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Eine weitergehende augenärztliche Untersuchung ist erforderlich.                                                                                                                                                                                                                                     |                                                 | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Bemerkungen:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                 |                                                  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 | Stempel                                          | Datum/Unterschrift            |
| Stellungnahme des/der Augenarztes/-ärztin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)                                                                                                                                                                                                     |                                                 |                                                  |                               |
| Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist weiterhin als Alltagsbrille ausreichend.                                                                                                                                                                                                                  |                                                 | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Begründung:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                                  |                               |
| Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist für die Bildschirmarbeit ausreichend.                                                                                                                                                                                                                     |                                                 | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Eine neue normale Sehhilfe ist nach einem Arbeitsversuch am Bildschirmarbeitsplatz für die Bildschirmarbeit ausreichend.                                                                                                                                                                             |                                                 | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Stellungnahme des/der Augenoptikers/-optikerin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)                                                                                                                                                                                                |                                                 |                                                  |                               |
| Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist weiterhin als Alltagsbrille ausreichend.                                                                                                                                                                                                                  |                                                 | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Begründung:                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                 |                                                  |                               |
| Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist für die Bildschirmarbeit ausreichend.                                                                                                                                                                                                                     |                                                 | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Eine neue normale Sehhilfe ist nach einem Arbeitsversuch am Bildschirmarbeitsplatz für die Bildschirmarbeit ausreichend.                                                                                                                                                                             |                                                 | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Die Abgabe einer Bildschirmarbeitsplatzbrille ist notwendig:</b>                                                                                                                                                                                                                                  |                                                 | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Erforderlich sind: (zutreffendes ankreuzen)                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                 |                                                  |                               |
| <input type="checkbox"/> Glas rechts                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Einstärkenglas         |                                                  |                               |
| <input type="checkbox"/> Glas links                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Bifokalglas/Officeglas |                                                  |                               |
| <input type="checkbox"/> Fassung                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_