B e s t e l l f o r m u l a r für die Stadt Remseck am Neckar zur Feststellung der Notwendigkeit und Lieferung von Bildschirmarbeitsplatzbrillen

Angaben zum/zur Bediensteten:			
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

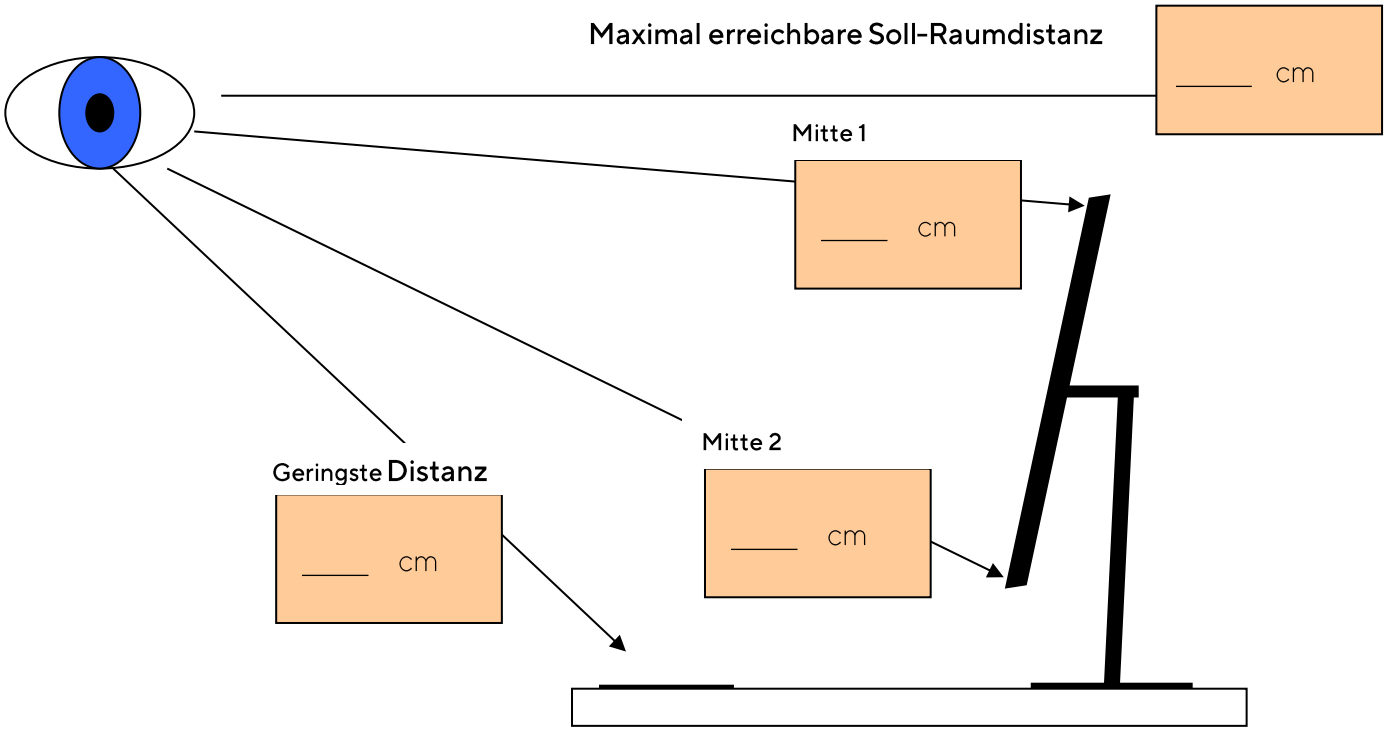
☐ Glas links ☐ Bifokalglas/Officeglas

☐ 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:



Bildschirmdiagonale: cm

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