

Vertrag über die Lieferung von Sehhilfen
Sehhilfen für die Arbeit an Bildschirmgeräten an Beschäftigte des Schwäbischen Turnerbundes e.V. (Anlage 5)

B e s t e l l f o r m u l a r für den Schwäbischen Turnerbund e.V. Baden-Württemberg 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 nicht um eine Universalgleitsichtbrille. Die Brillenglaswerte wurden gemäß dem Medizinproduktegesetz dokumentiert.

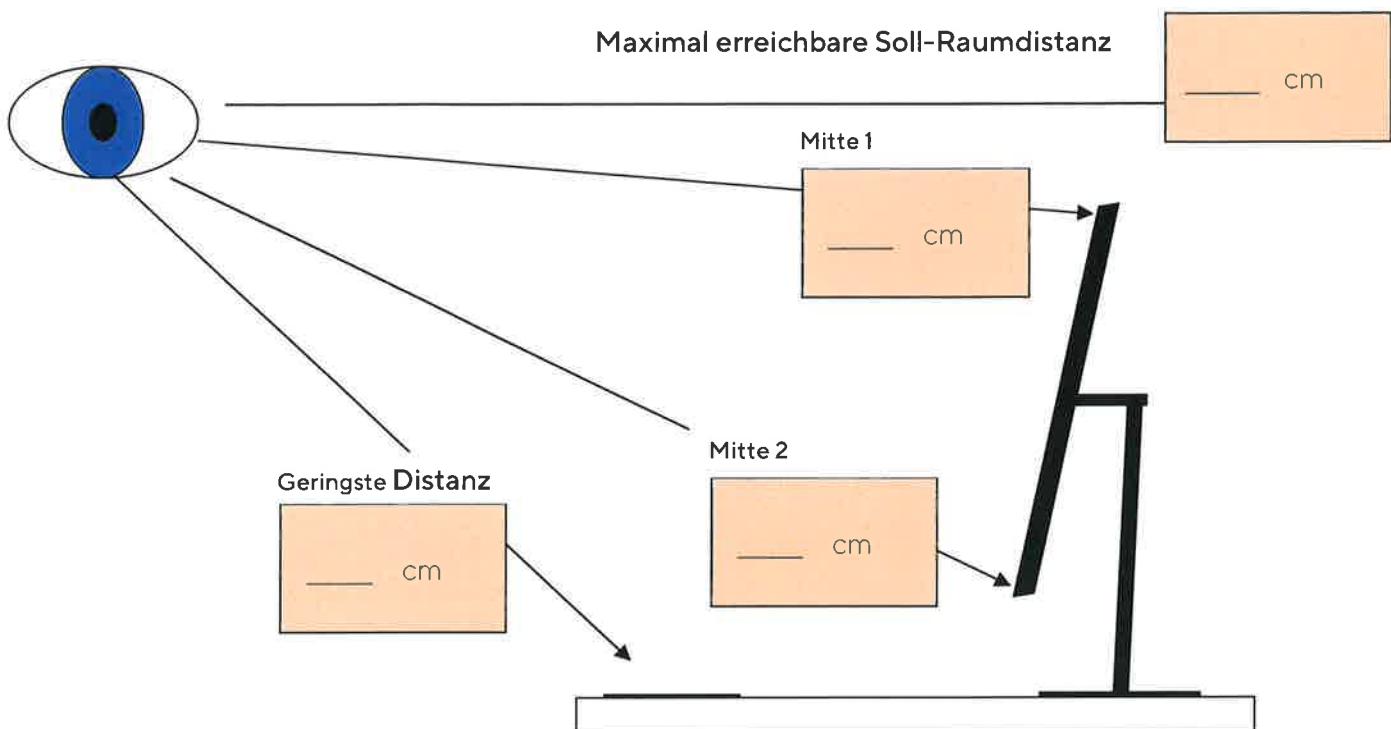
Bemerkungen:

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. Schrebtätigkeit im Nahbereich
- ohne Lese- bzw. Schrebtätigkeit 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