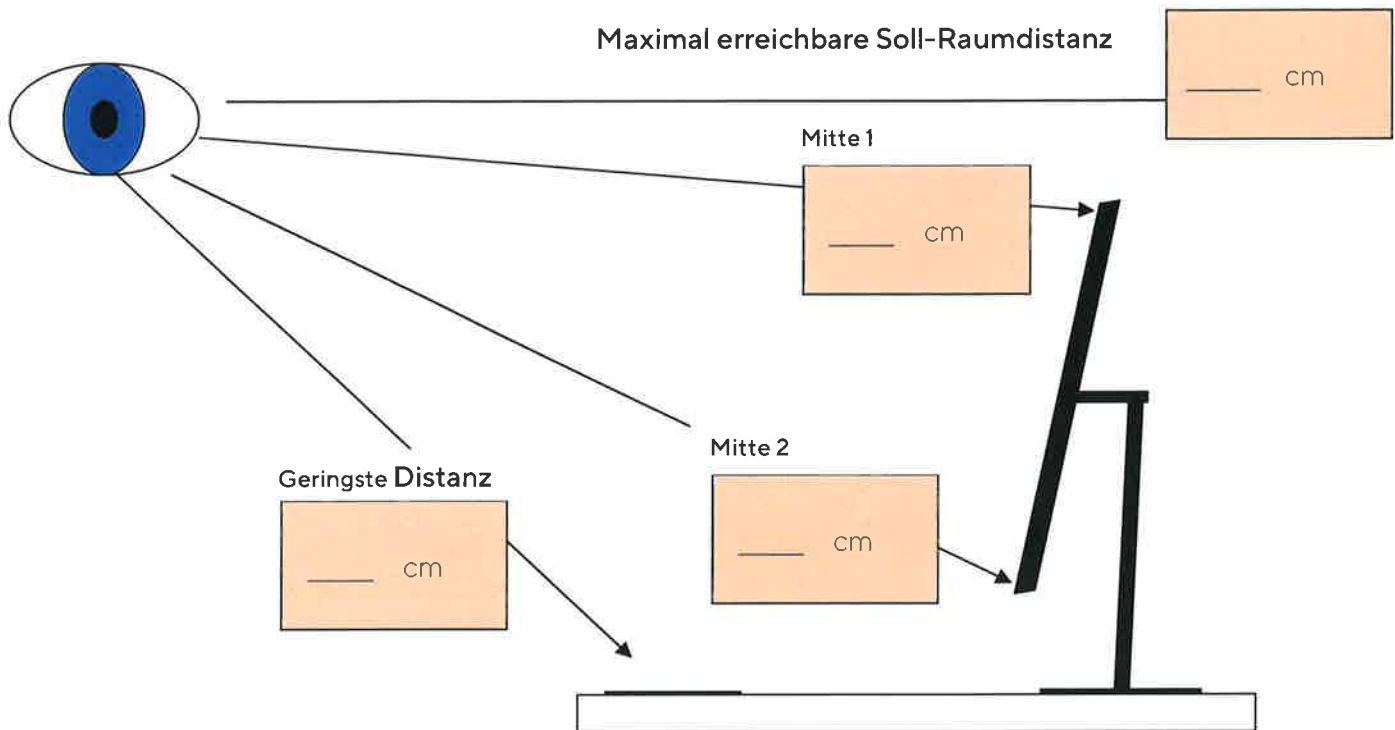


<b>Angaben zum/zur Bediensteten:</b>			
Name, Vorname		Arbeits-/Dienststelle (Beschäftigungsbehörde)	
Geburtsjahr		Tätigkeit	
		Telefon Arbeit: Dienstl. E-Mail:	
		Brillenträger/in seit:	
<b>Stellungnahme des/der Betriebsarztes/-ärztin</b>			
Eine Bildschirmarbeitsplatzbrille ist erforderlich (bitte 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
<b>Stellungnahme des/der Augenarztes/-ärztin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)</b>			
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>Stellungnahme des/der Augenoptikers/-optikerin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)</b>			
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"/> Bifokalglass/Officeglas	
<input type="checkbox"/> Fassung		<input type="checkbox"/> Raumgleitsichtglas	
<b>Stellungnahme des/der Augenoptikers/-optikerin zur Lieferung der Bildschirmarbeitsplatzbrille:</b>			
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