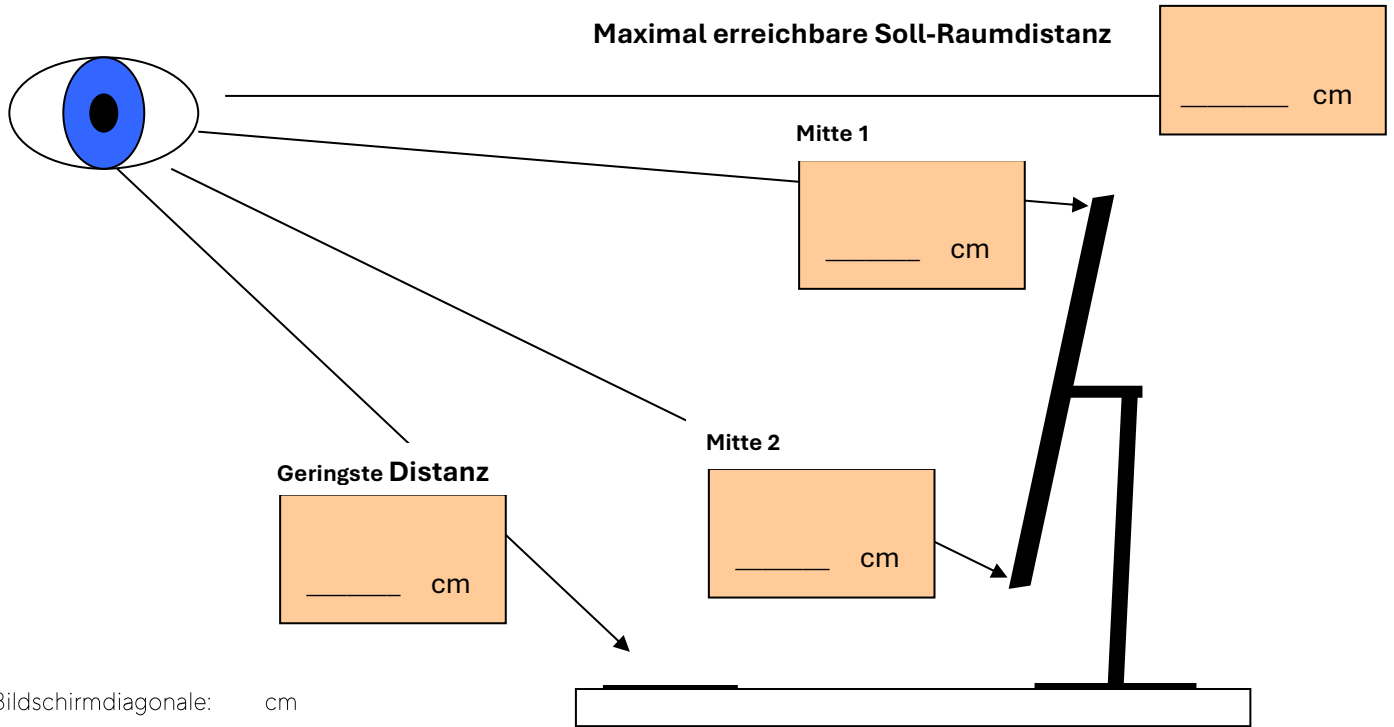


## Brillenbestellschein

Angaben zum Bediensteten:			
Name, Vorname		Arbeitgeber/ Dienstherr	
Geburtsjahr		Tätigkeit	
		Telefon Arbeit: Dienstl. E-Mail:	
		Brillenträger seit:	
Stellungnahme des Betriebsarztes			
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 Augenarztes (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 Augenoptikers (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	
<input type="checkbox"/> Fassung		<input type="checkbox"/> Raumgleitsichtglas/ Officeglas	
Stellungnahme des Augenoptikers 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 Betriebsarzt 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 auszufüllen)**

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

Akkommodationsbreite in dpt:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Augenoptiker