



Betriebsarztpraxis im CCB

Dres. Kulemann / Reinke GbR

Dr. med. J. E. Kulemann

Facharzt für Arbeitsmedizin, Innere Medizin,
Allgemeinmedizin - Notfallmedizin

Dr. med. Constantin Reinke

Facharzt für Arbeitsmedizin,
Allgemeinmedizin - Notfallmedizin

Bergedorfer Straße 105

21029 Hamburg

Telefon: 040 / 72 00 82 73

Telefax: 040 / 72 00 82 74

www.betriebsarzt-ccb.de

G37 - Bildschirmarbeitsplätze

Gesundheitsbeschwerden, die durch die Tätigkeit am Bildschirm entstehen können, sollen durch die Arbeitsmedizinische Vorsorge ‚G 37 – Bildschirmarbeit‘ verhindert oder frühzeitig erkannt werden. Diese Vorsorge besteht aus einer individuellen Beratung mit ergänzendem Sehtest, sofern gewünscht. Für eine gute Qualität unserer Beratung bitte möglichst alle Fragen ergänzen bzw. zutreffende Antwort ankreuzen. Bitte bringen Sie diesen Bogen ausgefüllt zur Untersuchung mit. Er ist nur für den Arzt bestimmt und wird streng vertraulich behandelt.

Vorname, Name: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Beschäftigt bei Firma: _____

als: _____

Bitte bringen Sie Ihre Brille zur Untersuchung mit!

Seit wie vielen Jahren arbeiten Sie am Bildschirm? ____ Jahre

Wie viele Stunden pro Tag arbeiten Sie durchschnittlich am Bildschirm? ____ Std.

Wäre Ihre Tätigkeit auch ohne Bildschirm machbar? Ja Nein

Treten bei Bildschirmarbeit körperlich Beschwerden auf?
(z.B. Kopfschmerzen, brennende und tränende Augen, Flimmern vor den Augen) Ja Nein

Treten bei der Bildschirmarbeit ständig Nackenschmerzen auf? Ja Nein

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen für:

Ferne? Ja Nein

Nähe? Ja Nein

Nähe und Ferne (Bifokal, Trifokal, Gleitsicht, Kontaktlinsen)? Ja Nein

Die letzte Korrektur von Brillengläsern bzw. Kontaktlinsen erfolgte? _____ (ungefähres Datum).

Leiden Sie an:

Neurologischen Störungen, z.B. Epilepsie? Ja Nein

Bluthochdruck? Ja Nein

Stoffwechselerkrankungen, z.B. Zuckerkrankheit? Ja Nein

Ständigen Nacken-/Schulterverspannungen? Ja Nein

Waren oder sind Sie in längerer Behandlung oder zu regelmäßigen Kontrollen beim Augenarzt? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Tabletten oder Tropfen für Ihre Augen? Ja Nein

Falls Sie mind. eine der beiden letzten Fragen bejaht haben, beantworten Sie bitte noch folgende Fragen:

Wurden Sie schon einmal am Auge operiert bzw. gelasert? Ja Nein

Wenn ja, wann? _____ (Datum) Weshalb? _____ (Diagnose)

Leiden Sie an schweren Augenerkrankungen, z.B.

Glaukom? Ja Nein

Netzhautveränderungen? Ja Nein

Augenmuskeltörungen? Ja Nein

Gesichtsfeldausfällen, die das Lesevermögen beeinträchtigen? Ja Nein

Fortschreitender Trübung der Hornhaut, der Linse und des Glaskörpers? Ja Nein

Haben Sie eine bekannte Erkrankung an Bandscheibenschaden oder Wirbelsäule? Ja Nein

Gibt es Funktionsstörungen der Gelenke? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Folgende ergonomischen Vorgaben Ihres Bildschirmarbeitsplatzes sind sinnvoll.

Bitte kreuzen Sie an, welche Vorgaben zutreffen:

Der Bildschirm steht in etwa Armlänge vor Ihnen Ja Nein

Der Blick zur ersten lesbaren Zeile geht leicht nach unten Ja Nein

Sie schauen beim Blick über den Bildschirm nicht ins Fenster Ja Nein

Die Größe des Bildschirms ist so bemessen, dass sich Ihre Arbeit gut damit erledigen lässt Ja Nein

Die Beleuchtung Ihres Arbeitsplatzes ist ausreichend Ja Nein

Ihr Stuhl ist höhenverstellbar und mit einer dynamisch verstellbaren Rückenlehne ausgerüstet Ja Nein

Ihr Schreibtisch ist so groß, dass für alle Unterlagen Platz ist, die Sie zum Arbeiten benötigen Ja Nein

Sie können an Ihrem Arbeitsplatz ungestört arbeiten Ja Nein

Sie werden unterstützt, wenn Sie Probleme mit der Soft- oder Hardware haben Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift