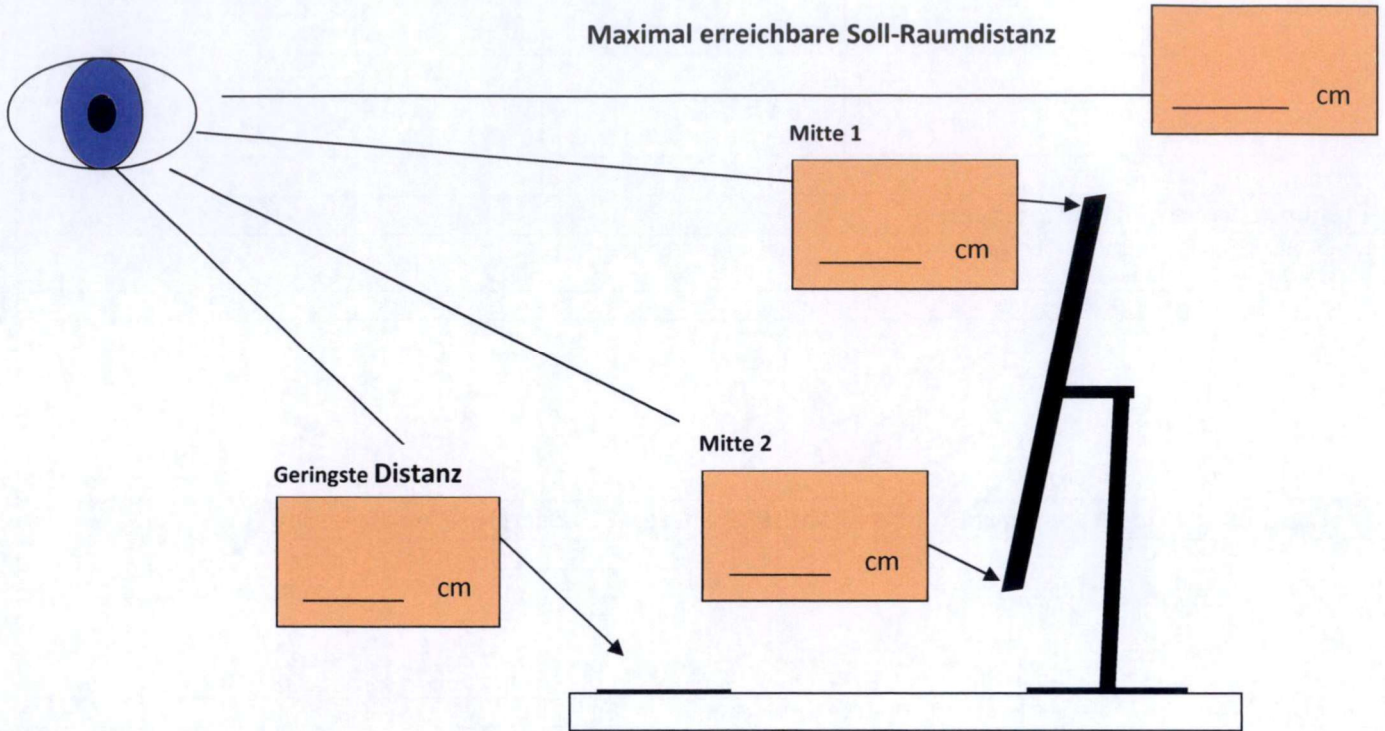


Anlage 5: Bestellformular

| Angaben zum Bediensteten: | | | |
|--|---|---|-------------------------------|
| Name, Vorname | | Arbeits-/Dienststelle (Beschäftigungsbehörde) | |
| 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 |
| Die Abgabe einer Bildschirmarbeitsplatzbrille ist notwendig: | | <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:



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 auszufüllen)

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

Akkommodationsbreite in dpt: _____

Datum

Unterschrift Augenoptiker