

Name:

Datum:

## Fragebogen zur Bildschirmarbeitsplatzuntersuchung

- Wie lange arbeiten Sie täglich am Bildschirm? \_\_\_\_\_
- Erfordert Ihre Bildschirmtätigkeit
  - Unterscheidung feiner Farbunterschiede  ja  nein
  - die unverzerrte Betrachtung des gesamten Bildschirms (z.B. CAD)  ja  nein
- Wie groß ist der Bildschirmabstand (Strecke Auge-Monitor) \_\_\_\_\_
- Bildschirmposition (tiefer/höher als die Augen) \_\_\_\_\_
- Nutzen Sie für die Bildschirmarbeit eine Sehhilfe:       nein  
Brille:  Fernbrille                    Nahbrille  
 Gleitsichtbrille            andere  
Alter der Brille: \_\_\_\_\_  
Kontaktlinsen:  Tageslinsen  
 Monatslinsen  
 formstabile Linse
- Beschwerden bei der Bildschirmarbeit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- bekannte Augenerkrankungen (z.B. Operationen, Schielen): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Allgemeinerkrankungen, Allergie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- ständig eingenommene Medikamente: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Arbeitspausen/Ausgleichssport: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_