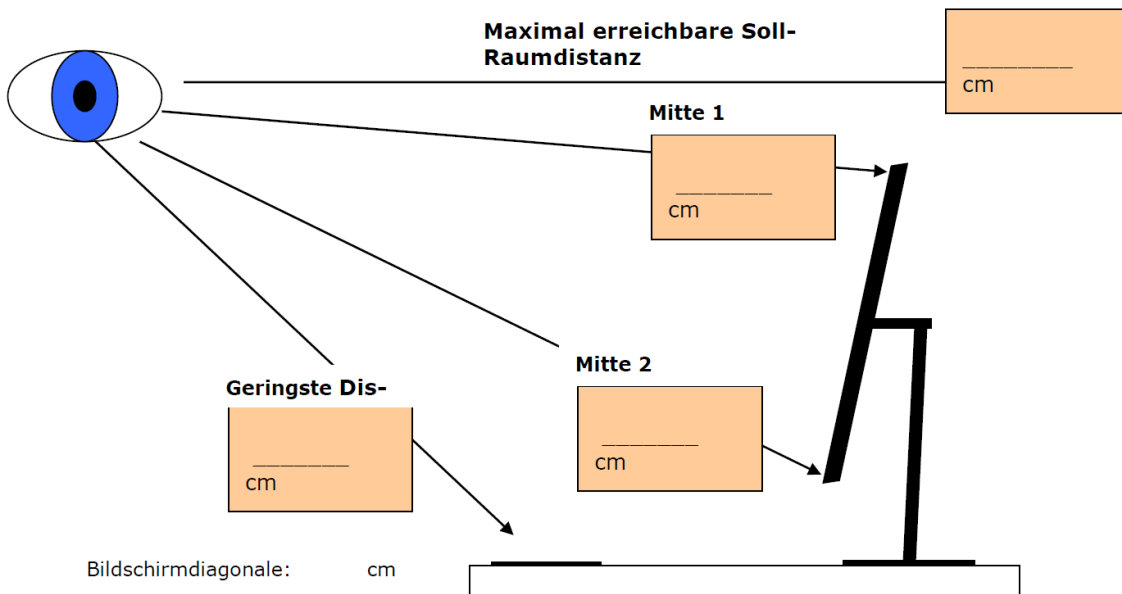


1. Angaben zum/zur Bediensteten									
Name, Vorname, Geburtsdatum									
Dienststelle, Adresse									
Telefon									
Tätigkeit									
2. Stellungnahme des/der Betriebsarztes/ -ärztin (BÄD)									
Eine Bildschirmarbeitsplatzbrille ist erforderlich					Ja ☐		Nein ☐		
Eine weitergehende augenärztliche Untersuchung ist erforderlich					Ja ☐		Nein ☐		
Bemerkungen:					Richtigkeit der Angaben:				
					Stempel (BÄD)		Datum/Unterschrift (BÄD)		
3. Stellungnahme des/der Augenarztes/ -ärztin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)									
Eine <u>normale</u> Sehhilfe ist weiterhin im Alltag und für die Bildschirmarbeit ausreichend					Ja ☐		Nein ☐		
Eine neue <u>spezielle</u> Sehhilfe ist für die Tätigkeit am Bildschirm dringend erforderlich					Ja ☐		Nein ☐		
Bemerkungen:					Richtigkeit der Angaben:				
					Stempel (Augenarzt/-ärztin)		Datum/Unterschrift (Augenarzt/-ärztin)		
4. Stellungnahme des/der Augenoptikers/ -optikerin (zur Notwendigkeit und Lieferung einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)									
Eine <u>normale</u> Sehhilfe ist weiterhin im Alltag und für die Bildschirmarbeit ausreichend					Ja ☐		Nein ☐		
Eine neue <u>spezielle</u> Sehhilfe ist für die Tätigkeit am Bildschirm dringend erforderlich					Ja ☐		Nein ☐		
Die Abgabe einer Bildschirmarbeitsplatzbrille ist notwendig Ja ☐ Nein ☐									
a.) Umfang der Lieferung ☐ Glas rechts ☐ Glas links ☐ Fassung, Material: _____ (Bitte Material benennen!)									
b.) Art der Lieferung ☐ Einstärkenglas ☐ Bifokalglass/Officeglas ☐ Raumgleitsichtglas									
Angaben zur Refraktionsbestimmung:									
		Sph	Cyl	Achse	Prisma	Basis	ADD	PD	NTH
Bildschirmbrille	R								
	L								
Ferne	R								
	L								
Bestätigung des/der Augenoptikers/-optikerin zur Lieferung der Bildschirmarbeitsplatzbrille:									
Die Bildschirmarbeitsplatzbrille wurde nach einer augenärztlichen Verordnung/eigener Refraktionsbestimmung angefertigt und dem/der Beschäftigten übergeben. Es handelt sich <u>nicht</u> um eine Universalgleitsichtbrille. Die Brillenglaswerte wurden gemäß dem Medizinproduktegesetz dokumentiert.									
Bemerkungen:					Richtigkeit der Angaben:				
					Stempel (Optiker/-in)		Datum/Unterschrift (Optiker/-in)		

5. Beschreibung des Arbeitsplatzes

Bitte lassen Sie die Angaben zur Arbeitsplatzbeschreibung von Ihrem/Ihrer direkten Vorgesetzten bestätigen



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:

a. Entfernung Auge – Tür: ___ m b. Entfernung Auge – Tresen: ___ m c. Entfernung Auge – Besuchersitzplatz: ___ m

Bemerkungen:	Richtigkeit der Angaben:
	Datum/Unterschrift (Direkte/r Vorgesetzte/n oder Betriebsarzt/-ärztin oder Fachkraft für Arbeitssicherheit)

6. Bearbeitungsvermerk der Verwaltung – intern -

Eingangsdatum	
Erstattungsbetrag	
Bemerkung	Richtigkeit der Angaben:
	Datum/Unterschrift (Bearbeiter/-in ZV)