EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN

Antragsformular für eine Bildschirmarbeitsplatzbrille

1. Angaben zum/zur Beschäftigten:			
Name, Vorname		Dienststellenadresse	
Geburtsdatum		Tätigkeit	
Dienstl. Telefon		Dienstl. E-Mail:	

2. Stellungnahme des/der Betriebsarztes/-ärztin		
Eine Bildschirmarbeitsplatzbrille ist erforderlich (bitte auch Skizze zum Bildschirmarbeitsplatz auf Seite 2 ausfüllen).	☐ ja	☐ nein
Eine weitergehende augenärztliche Untersuchung ist erforderlich.	☐ ja	☐ nein
Bemerkungen:		
Stempel	Datum/Unterschrift	

3. Stellungnahme des/der Augenarztes/-ärztin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeits-platzbrille)		
Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist weiterhin als Alltagsbrille ausreichend.	☐ ja	☐ nein
Begründung:		
Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist für die Bildschirmarbeit ausreichend.	☐ ja	☐ nein
Eine neue normale Sehhilfe ist nach einem Arbeitsversuch am Bildschirm-arbeitsplatz für die Bildschirmarbeit ausreichend.	☐ ja	☐ nein

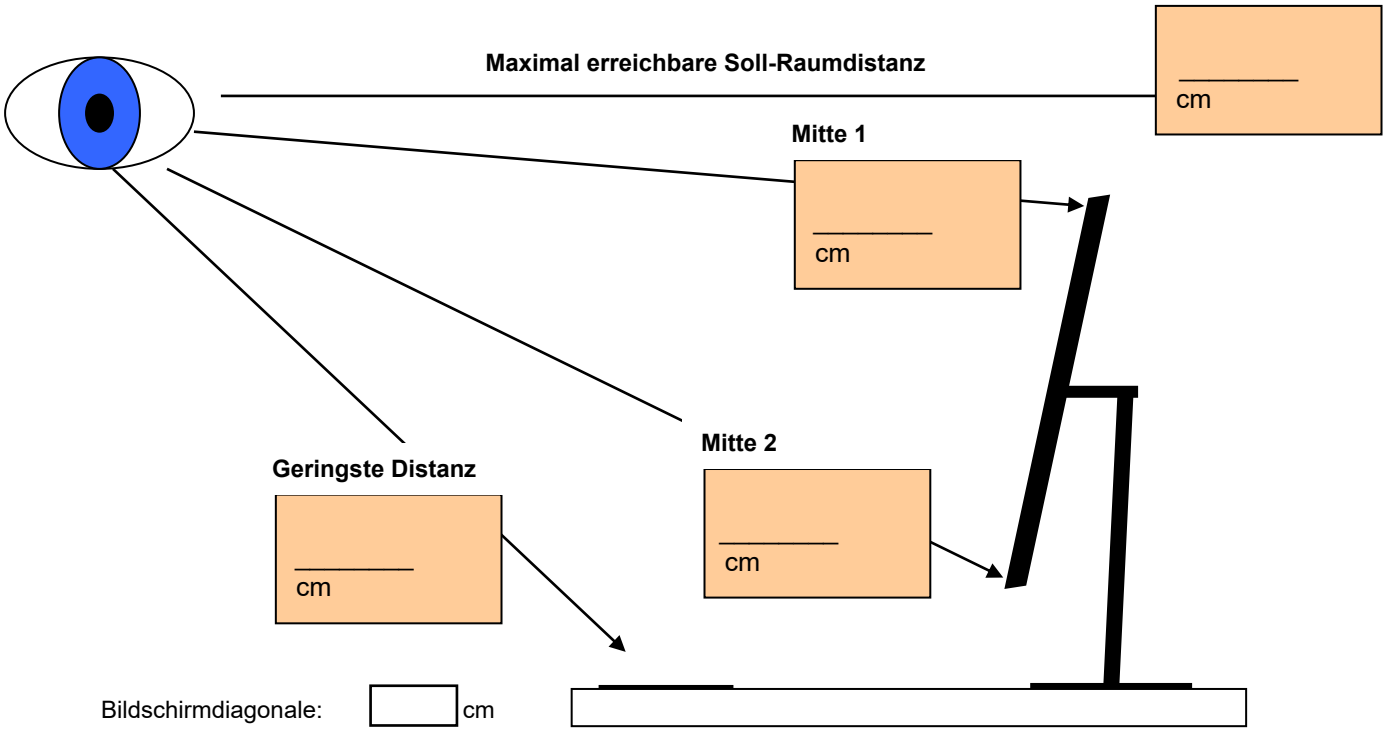
4. Stellungnahme des/der Augenoptikers/-optikerin (zur Notwendigkeit einer Bildschirm-arbeitsplatzbrille)		
Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist weiterhin als Alltagsbrille ausreichend.	☐ ja	☐ nein
Begründung:		
Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist für die Bildschirmarbeit ausreichend.	☐ ja	☐ nein
Eine neue normale Sehhilfe ist nach einem Arbeitsversuch am Bildschirm-arbeitsplatz für die Bildschirmarbeit ausreichend.	☐ ja	☐ nein
Die Abgabe einer Bildschirmarbeitsplatzbrille ist notwendig:	**☐ ja**	**☐ nein**

Erforderlich sind: (zutreffendes ankreuzen)

☐ Glas rechts	☐ Einstärkenglas
☐ Glas links	☐ Bifokalglas/Officeglas
☐ Fassung	☐ Raumgleitsichtglas

5. Stellungnahme des/der Augenoptikers/-optikerin zur Lieferung der Bildschirmarbeits-platzbrille	
Die Bildschirmarbeitsplatzbrille wurde nach einer augenärztlichen Verordnung/eigener Refraktionsbestim-mung angefertigt und dem/der Bediensteten übergeben. Es handelt sich nicht um eine Universalgleitsicht-brille. Die Brillenglaswerte wurden gemäß dem Medizinproduktegesetz dokumentiert.	
Bemerkungen:	Stempel Datum/Unterschrift

Beschreibung des Arbeitsplatzes:
Vom/Von der Beschäftigten auszufüllen. Bitte bringen Sie diesen Passus ausgefüllt mit zum Betriebsärztlichen Dienst. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an den/die Betriebsarzt/Betriebsärztin.



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: _____

zurück an:

Universität Tübingen
Zentrale Verwaltung
Personalabteilung 2.8
Wilhelmstraße 5

Stand: November 2026