

Selbstauskunftsbogen zur Vorsorge bei Tätigkeiten an Bildschirmgeräten

(1) Angaben zur Person und Tätigkeit			
Name:			
Vorname:		geb.:	
Beschäftigt bei:			
Tätigkeit:			
(2) Bei meiner PC-Arbeit handelt es sich um:			
<input type="checkbox"/> Mischarbeit <input type="checkbox"/> ausschließlich PC Arbeit <input type="checkbox"/> Leitwarten/ Einsatzzentralen			
(3) Gibt es Besonderheiten bei der Monitorausstattung (Abstand/ Größe/ Anzahl)?			
<input type="checkbox"/> ja (welche?) <input type="checkbox"/> nein			
(4) Tragen Sie am PC eine Sehhilfe (Brille/ Kontaktlinse)?			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (weiter mit Frage 6)			
(5) Welche Sehhilfe tragen Sie bei der PC-Arbeit?			
Alltags-Brille:			
<input type="checkbox"/> Fernbrille <input type="checkbox"/> Lesebrille <input type="checkbox"/> Gleitsichtbrille <input type="checkbox"/> Bifokal-Brille <input type="checkbox"/> Kontaktlinsen			
<input type="checkbox"/> Andere: _____			
PC- Brille:			
		<input type="checkbox"/> älter als 2 Jahre	<input type="checkbox"/> neuer als 2 Jahre
<input type="checkbox"/> PC-Gleitsichtbrille	<input type="checkbox"/> PC-Monofokal-Brille	<input type="checkbox"/> PC-Bifokal-Brille	
<input type="checkbox"/> Andere: _____			
Liegt bei Ihnen eine Sehbehinderung vor?			
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(6) Haben Sie Beschwerden in Zusammenhang mit der PC- Arbeit?			
<input type="checkbox"/> ja (welche?)			
<input type="checkbox"/> Unscharfes Sehen		<input type="checkbox"/> Doppelbilder	
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen		<input type="checkbox"/> HWS / Schulter-Nacken	
<input type="checkbox"/> nein (Frage 7 entfällt)			
(7) Leiden Sie unter folgenden Erkrankungen?			
<input type="checkbox"/> Augen-OP: _____			
<input type="checkbox"/> Schielstellung: <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> bds			
<input type="checkbox"/> Grauer Star (Katarakt)		<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Grüner Star (Glaukom)		<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	