

**Anamnesebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung
(G 37-Bildschirmarbeit)**

Datum: _____

Pflichtangaben persönlich:

Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Personal-Nr.:
Straße:	
PLZ und Ort:	

Pflichtangaben Arbeitgeber:

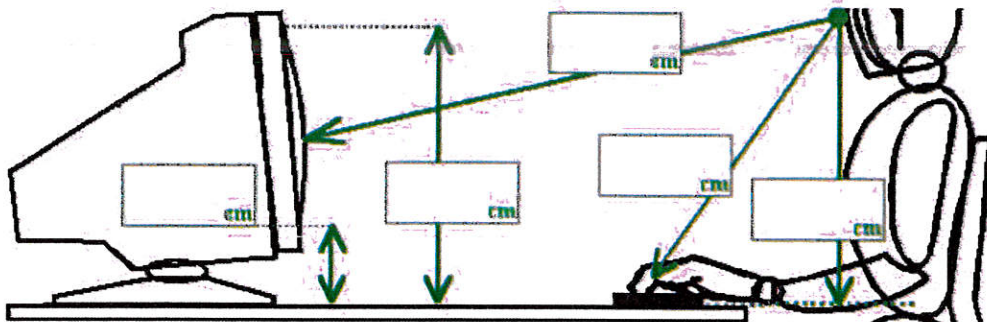
Arbeitgeber:	
Adresse:	
Dienststelle/Betrieb:	
Falls vorhanden DST-Nr.:	Tel.-Nr. dienstlich:

Sachlich geprüft MA mas:

1. Angaben zur Beschäftigung und zum Arbeitsplatz*

Es handelt sich um einen Bildschirmarbeitsplatz mit Lese- und Schreibtätigkeit im Nahbereich.

Bildschirmdiagonale: ca. cm; Abstand Auge-Vorlagen: ca. cm



Abmessungen am persönlichen Bildschirmarbeitsplatz; bitte abmessen und ausfüllen.

2. Anamnesebogen*

1. Wie lange arbeiten Sie täglich (durchschnittlich) am Bildschirm?

- ☐ 0-2 Std. ☐ 2-4 Std. ☐ 4-8 Std.

2. Was sind Ihre Arbeitsaufgaben? ☐ Sachbearbeiter / Büro ☐ Sachbearbeiter / Publikumsverkehr

3. Sind Sie mit den Verhältnissen an Ihren Bildschirm-Arbeitsplatz zufrieden? ☐ Ja ☐ Nein

4. Wenn nein, was ist nicht in Ordnung?

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|--|
| ☐ Beleuchtung | ☐ Schreibtisch | ☐ Geräuschpegel |
| ☐ Monitor | ☐ Raumklima | ☐ Stuhl |

5. Tragen Sie eine Sehhilfe?

Wenn ja:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| ☐ Fernbrille | ☐ Nahbrille | ☐ Gleitsichtbrille | ☐ Kombinierte Gläser |
| ☐ Bildschirmbrille | ☐ Kontaktlinsen | | |

6. Wie alt ist Ihre Sehhilfe? ____ Jahre

7. Stehen oder standen Sie in augenärztlicher Behandlung wegen:

- | | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
| ☐ Verletzungen | ☐ Schielen | ☐ Operationen | ☐ anderer Erkrankung |
|---------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|---|

8. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Erhöhter Blutzucker (Diabetes) | ☐ Erhöhter Blutdruck | ☐ Nervenerkrankungen |
| ☐ Kopfschmerzen, Migräne Schwindel | ☐ Epilepsie | |

9. Treten bei der Arbeit Augenbeschwerden auf? (z.B. Augenbrennen, Tränen, Lidzucken, verschwommenes Sehen, Schmerzen, Blendungsempfindlichkeit)

☐ Ja ☐ Nein

10. Kommt es bei der Arbeit zu anderen Beschwerden?

☐ Ja ☐ Nein

Schmerzen der HWS/Schulter

☐ Ja ☐ Nein

Schmerzen der Arme/Hände

☐ Ja ☐ Nein

Schmerzen der unteren Wirbelsäule

☐ Ja ☐ Nein

11. Haben Sie eine Allergie?

☐ Ja ☐ Nein

12. Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

13. Betreiben Sie Ausgleichsgymnastik?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche?

*Alle Antworten sind freiwillig und werden vertraulich behandelt!