

Versicherungs-Nr. des
Rentenversicherungsträgers

Tag		Monat		Jahr					
Geburtsdatum									

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen BILDSCHIRM-ARBEITSPLÄTZE SIEBTEST

G 37

Familienname

Vorname

Geburtsname

Staatsangehörigkeit

Straße

Postleitzahl und Ort

Mitglieds-Nr. des Betriebes
beim Unfallversicherungsträger

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name

Straße

Postleitzahl und Ort

ANGABEN ZUR BESCHÄFTIGUNG

Krankenkasse

Einstellung am

Tag Monat Jahr

Arbeitsbereich

Art der Tätigkeit

Beginn / Ende dieser Tätigkeit

ANGABEN ZUR UNTERSUCHUNG

Angaben zur Untersuchung am

Tag		Monat		Jahr

Erstuntersuchung ☐

Nachuntersuchung ☐

Ergebnis:

keine gesundheitlichen Bedenken

☐

keine gesundheitlichen Bedenken unter bestimmten Voraussetzungen*)

☐

gesundheitliche Bedenken*)

☐

Ergänzungsuntersuchung erforderlich

☐

befristet bis

Tag		Monat		Jahr

Nächste Untersuchung

Monat		Jahr	

*) Bemerkungen:

(Bitte hier Empfehlungen bei Bedenken, Auflagen, Bedingungen, Gründe für die vorzeitige Nachuntersuchung bzw. für befristete Bedenken eintragen. Ärztliche Schweigepflicht beachten!)

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes

ANAMNESE

1. Allgemeine Anamnese, Beschwerden

1.1 Sehbeschwerden:

(z. B. Unschärfe, Tränen, Doppelbilder, Schmerzen, Druckgefühl, Brennen, Blendungsempfindlichkeit, Juckreiz)

bei der Arbeit

ja ☐ nein ☐

beim Lesen

ja ☐ nein ☐

ja ☐ nein ☐

1.2 Brille bzw. Kontaktlinsen für:

Ferne

ja ☐ nein ☐

Nähe

ja ☐ nein ☐

Nähe und Ferne (Bifokal, Trifokal, Gleitsicht, Kontaktlinsen)
(Zutreffendes bitte unterstreichen)

ja ☐ nein ☐

Letzte Brillenverordnung

Datum

1.3 Augenerkrankungen (z. B. Verletzungen, Operationen, Allergien):

ja ☐ nein ☐

Welche?

Besondere Sehhilfe bei Sehbehinderungen

ja ☐ nein ☐

1.4 Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates:

ja ☐ nein ☐

Welche und seit wann?

1.5 Erkrankungen oder Beschwerden des Nervensystems
(z. B. Migräne, Kopfschmerzen, Schwindel):

ja ☐ nein ☐

1.6 Stoffwechselerkrankungen (z. B. Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung)?

ja ☐ nein ☐

1.7 Bluthochdruck?

ja ☐ nein ☐

1.8 Dauerbehandlung mit Medikamenten:

ja ☐ nein ☐

Welche?

2. Arbeitsanamnese (siehe auch Angaben zur Beschäftigung)

2.1 Arbeitseinweisung am Bildschirm-Arbeitsplatz

ja ☐ nein ☐

2.2 Arbeitszeit am Bildschirm-Gerät

Std./Tag

BEFUND (nur auffällige Befunde):

1. SIEBTEST ☐

Sehschärfe mit optimaler Korrektur

Ferne

i. allg. 55 cm

i. allg. 33 cm

R	L	R	L	R	L
---	---	---	---	---	---

2. SIEBTEST ☐

R	L	R	L	R	L
---	---	---	---	---	---

Bemerkungen:

regelrecht

Gesichtsfeld	ja ☐	nein ☐
Farbensinn	ja ☐	nein ☐
Phorie	ja ☐	nein ☐
Stereopsis	ja ☐	nein ☐
Phorie	ja ☐	nein ☐
Stereopsis	ja ☐	nein ☐

Mit der Weitergabe des Untersuchungsbogens „SIEBTEST“ an einen ermächtigten Augenarzt einverstanden

Bei Weitergabe an den ermächtigten Augenarzt:
Kopie der Vorder- und Rückseite anfertigen.

Datum und Unterschrift des Versicherten

Bitte ausfüllen und zur Untersuchung mitbringen.

Sie sind heute zu einer arbeitsmedizinischen Vorsorge gekommen. Ihr Arbeitgeber kommt damit seiner Fürsorgepflicht nach, die ihn veranlasst, Ihnen diese Vorsorge zu ermöglichen. Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht.

Name:

Firma:

Vorname:

Tätigkeit:

geb. am:

Tel. dienstl.:

PLZ Wohnort:

Straße, Haus-Nr.:

Wie viele Stunden arbeiten Sie durchschnittlich täglich am Bildschirm? _____ h

Tel. priv.:

Tragen Sie eine Sehhilfe?

☐ nein ☐ ja ☐ Lesebrille ☐ Fernbrille ☐ Kontaktlinsen
☐ Mehrstärkenglas geteilt ☐ Gleitsichtbrille ☐ Andere: _____
 Letzte Brillenanpassung: _____

Tragen Sie eine Brille am Bildschirm?

☐ nein ☐ ja Welche? _____

Handelt es sich um eine spezielle Bildschirmbrille?

☐ nein ☐ ja Welche? _____

Bitte weiter ausfüllen:

Womit arbeiten Sie? ☐ PC ☐ Laptop ☐ Flachbildschirm		
Wie viel Zoll hat Ihr Bildschirm? _____		Zoll
Wie groß sind Sie? _____		cm
Sehabstand Auge - Bildschirmoberfläche: _____		cm
Haben Sie eine Augenerkrankung (z.B. grauer oder grüner Star)?	☐ nein ☐ ja	
Hatten Sie eine Augenoperation?	☐ nein ☐ ja	
Sehen Sie in der Nähe trotz Brille verschwommen?	☐ nein ☐ ja	
Sehen Sie in der Ferne trotz Brille verschwommen?	☐ nein ☐ ja	
Treten nachfolgend genannte Beschwerden auf?		
Kopfschmerzen	☐ nein ☐ ja	
Schulter- / Nackenbeschwerden	☐ nein ☐ ja	
Rückenbeschwerden	☐ nein ☐ ja	
Augenbeschwerden	☐ nein ☐ ja	
Beschwerden in Händen, Handgelenken, Armen?	☐ nein ☐ ja	
Sehen Sie einen Zusammenhang zwischen den oben genannten Beschwerden und Ihrer Arbeit am Bildschirm? Zutreffendes bitte ankreuzen		
☐ Kopfschmerzen	☐ Rückenbeschwerden	☐ Augenstechen
☐ Schulter-/Nackenbeschwerden	☐ Augentränen	☐ Augenrötung
☐ Hände, Handgelenke, Arme	☐ Augenbrennen	☐ Augenflimmern
Leiden Sie unter behandlungsbedürftigem Bluthochdruck?	☐ nein ☐ ja	RR ____ / ____ mmHg
Sind Sie zuckerkrank?	☐ nein ☐ ja	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	☐ nein ☐ ja	
Treiben Sie regelmäßig Sport/Bewegungsausgleich?	☐ nein ☐ ja	

Weitere gesundheitliche Beschwerden bei Tätigkeit am Bildschirmarbeitsplatz:

Ich bestätige, dass meine Angaben richtig sind.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Wir danken für Ihre Mitarbeit.



Name:

Vorname:

geb. am:

G 37 - Untersuchungsbogen

Visus	Ohne Gläser			Mit Gläsern			Stereo
	rechts	links	beidäugig	rechts	links	beidäugig	
Fern							Phorie
Nah							Fusion
Nah 50/70							Farben
							Gesichtsfeld
							Amsler Tafel

Gerät: _____ Assistenz: _____

BEFUNDAugenstellung o.B. ☐ ja ☐ neinKopfbeweglichkeit o.B. ☐ ja ☐ neinVerspannungen (Nacken-, Schulterbereich) ☐ ja ☐ nein

Weitere Befunde:

ERGEBNISBrille geeignet ☐ ja ☐ neinWeitere Untersuchung/Vorstellung empfohlen: ☐ Augenarzt ☐ OptikerArbeitsplatzbesichtigung erforderlich: ☐ nein ☐ ja, wegen Problemstellung: _____**Bemerkungen:**

NACHUNTERSUCHUNG: -----/-----

Ort, Datum _____

Arzt _____