

Name, Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Anschrift: _____
Telefonnummer: _____
Tätigkeit: _____
Abteilung: _____

Die arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung für die Bildschirmtätigkeit (G37) ist eine **Angebotsuntersuchung**, also **freiwillig**. Sie dient der Erkennung individueller gesundheitlicher Risiken durch Ihre Berufstätigkeit und damit Ihrem persönlichen Schutz. Hierzu benötigen wir u. a. Angaben über Ihre gesundheitliche Vorgeschichte. Ihre Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und werden ohne Ihr Einverständnis nicht dem Arbeitgeber mitgeteilt. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen durch Ankreuzen oder ggf. Ergänzen. Vielen Dank.

I Arbeitsanamnese

Bildschirmtätigkeit:	Ja	Nein
Dauer der Bildschirmarbeit in Stunden/Tag:		
Kurzzeitige Unterbrechungen der Bildschirmarbeit möglich?	☐	☐
Arten von Bildschirmarbeit:		
☐ Textverarbeitung	☐ Tabellenkalkulation	☐ CAD
☐ Layouts	☐ Multimedia	☐ SAP
☐ Grafik- u. Bildbearbeitung	☐ Programmierung	☐ Gandalf
Überwiegend genutzte Software?		
Bildschirmgröße in der Diagonalen: ☐ 15/ ☐ 17/ ☐ 19/ ☐ 21 Zoll? / sonstige		
Bildschirmabstand in cm		
Höhe der Großbuchstaben (> 3mm)		
Sitzrichtung gerade vor dem Bildschirm	☐	☐
Positivdarstellung der Zeichen (dunkle Zeichen auf hellem Grund) möglich?	☐	☐
Reflexionen von Leuchten, Fenstern oder hellen Wänden auf dem Monitor?	☐	☐
Bildschirmhöhe: Monitoroberkante maximal auf Augenhöhe, eher tiefer, Monitor gekippt	☐	☐

II Arbeitsplatzbezogene Beschwerden (d.h. Beschwerden, die nach Aufnahme der Bildschirmarbeit auftraten)

Beschwerden	Ja	Nein
Kopfschmerzen	☐	☐
Augenbeschwerden (Brennen, Tränen, Sehstörungen)	☐	☐
Muskelverspannungen oder Schmerzen im Bereich der Hals- oder Lendenwirbelsäule	☐	☐

III Eigenanamnese

	Ja	Nein
Letzte augenärztliche Untersuchung: wann?		
Letzte Brillenverordnung: wann?		
Kurzsichtigkeit	☐	☐
Weitsichtigkeit	☐	☐
Brille	☐	☐
Kontaktlinsen	☐	☐
Erkrankungen der Augen: wenn ja, welche?	☐	☐
Erkrankungen der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates	☐	☐
Neurologische Erkrankungen z. B. Spannungskopfschmerz, Migräne	☐	☐
Stoffwechselerkrankungen z. B. Zuckerkrankheit		
Medikamenteneinnahme: wenn ja, welche?		