Bildschirmarbeitsplätze
V37

Formular zurücksetzen

PIMA HEALTH GROUP

Alle Vorsorgen und Eignungen sowie alle Untersuchungen und dazugehörige Formulare unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und den gesetzlichen Regelungen der DSGVO.

Name | Vorname

Straße | Hausnummer | Geburtsdatum | ☐ m ☐ w ☐ d Geschlecht

PLZ | Ort | Telefon- / Mobilnummer

eMail

Firma (Arbeitgeber) | Straße (Arbeitgeber) | Hausnummer

PLZ (Arbeitgeber) | Ort (Arbeitgeber) /Filiale | Tätigkeit

1 Sehschwäche bzw. andere Augenerkrankungen? Ja ☐ Nein ☐

2 a) Lesebrille (Einstärkenbrille) ☐ d) Bifokalbrille ☐ g) Halbbrille (Lesebrille) ☐
b) Fernbrille (Einstärkenbrille) ☐ e) Trifokalbrille ☐ h) Sonstiges ☐
c) Kontaktlinsen ☐ f) Gleitsichtbrille ☐

3 Dauer der Bildschirmarbeit pro Tag in Stunden _____ .

4 **Tätigkeitsprofil:** a) Bildschirmarbeit ☐ b) Mischarbeit – Schreibtisch/ Bildschirm ☐ c) Mischarbeit - Bürotätigkeit allgem./ Schreibtisch/Bildschirm ☐

5 Wann waren Sie zuletzt beim Augenarzt? _____

6 Wie alt sind die Brillengläser, die Sie bei der Arbeit tragen? _____

7 Wieviel Dioptrien haben Ihre Brillengläser? _____

8 Sind Sie mit der Gestaltung Ihres Arbeitsplatzes zufrieden? Ja ☐ Nein ☐
Falls "Nein" wo sehen Sie Verbesserungen, womit haben Sie Probleme? _____

9 **Haben Sie Augenbeschwerden?**
Augenbrennen Ja ☐ Nein ☐
Augentränen Ja ☐ Nein ☐
Doppelbilder Ja ☐ Nein ☐
Druckgefühl Ja ☐ Nein ☐
Schmerzen Ja ☐ Nein ☐

10 Haben Sie häufig Kopfschmerzen? Ja ☐ Nein ☐

11 Haben Sie Beschwerden im Bewegungsapparat?
Gelenkbeschwerden Ja ☐ Nein ☐
Halswirbelsäule Ja ☐ Nein ☐
Brustwirbelsäule Ja ☐ Nein ☐
Lendenwirbelsäule Ja ☐ Nein ☐

12 **Haben Sie schwerwiegende Vorerkrankungen?**
Bluthochdruck Ja ☐ Nein ☐
Zuckerkrankheit Ja ☐ Nein ☐
Herz-Kreislauf- Erkrankungen Ja ☐ Nein ☐
Schilddrüsen- Erkrankung Ja ☐ Nein ☐
Orthopädische Vorerkrankungen Ja ☐ Nein ☐
Neurologische Störungen Ja ☐ Nein ☐
Allergische Erscheinungen mit Augensymptomen Ja ☐ Nein ☐

13 Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein? _____

14 Nikotinkonsum: _____

-Von PIMA auszufüllen -

A. MIG

	RECHTS									LINKS									Binokular
Ferne (5m)	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	
	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	
Bildsch. Abs. 0,8 m	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	
	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	
Nähe (0,4m)	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	s.c	0,2	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	
	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	c.c	0,3	0,32	0,5	0,6	0,63	0,7	0,8	1,0	

Farbsehen	+	-
Phorie	+	-
Amsler	+	-

- ☐ Fernbrille
- ☐ Nahbrille
- ☐ Kontaktlinsen
- ☐ Gleitsichtbrille
- ☐ monofokale Bildschirmbrille
- ☐ bifokale Bildschirmbrille
- ☐ Einstärken-Distanzglas

RR: _____ / _____

Datum | *Name in Druckbuchstaben (MIG)* | *Unterschrift (MIG)*

B. Arzt:

Arbeits- / Eigenanamnese / Beratung:

Vorsorgeuntersuchung vom _____

Anlass	E / N	A / P / W	Bemerkung	Nächste Untersuchung	Arzt	Eingabe durch
☐ V37 ☐ präventiv med. Sehtest		A				

E=*Erstuntersuchung* | ***N***=*Nachuntersuchung* | ***A***=*Angebotsvorsorge* | ***P***=*Pflichtvorsorge* | ***W***=*Wunschvorsorge*

Datum | *Name in Druckbuchstaben (Arzt)* | *Unterschrift (Arzt)*

PIMA Health Group GmbH
FB-00079 | V37 Bogen | Version 01.00.00 | Stand 11/2022