

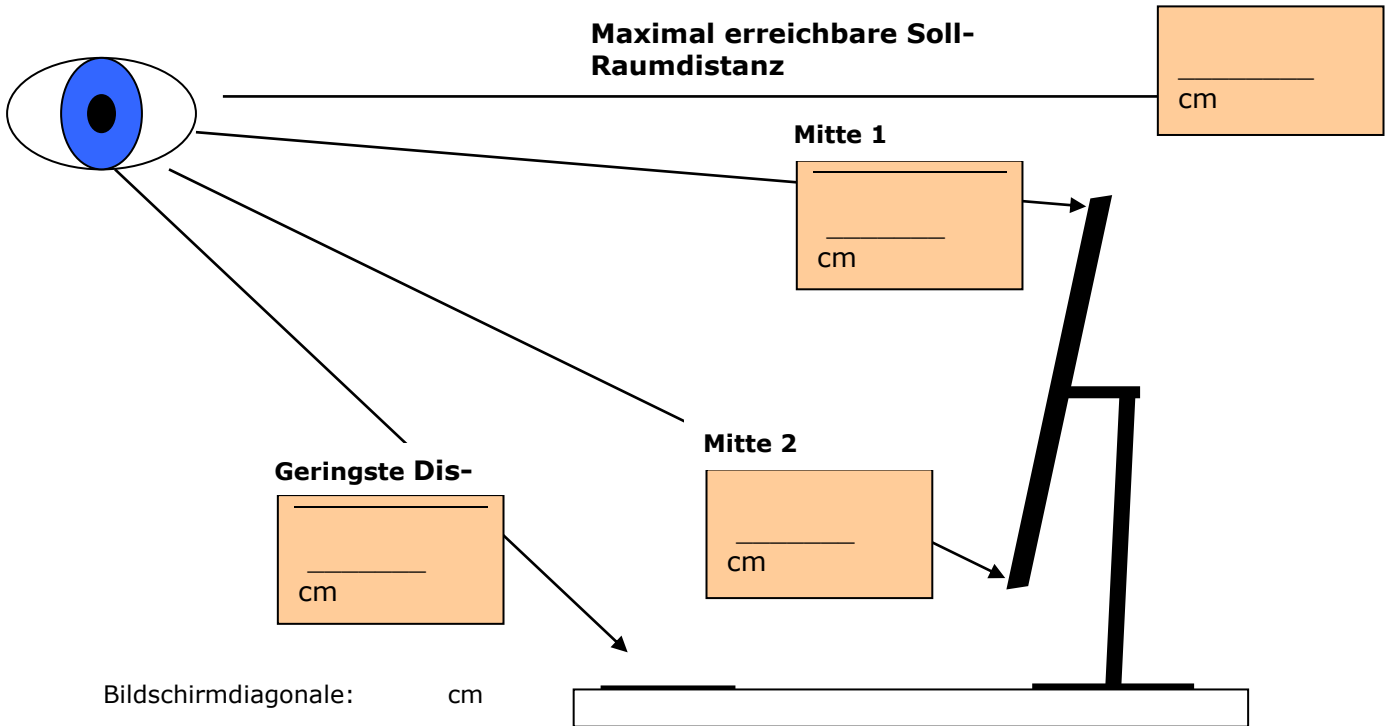
**Bestellformular**

für das Erzbistum Freiburg zur Feststellung der Notwendigkeit und Lieferung von Bildschirmarbeitsplatzbrillen

| <b>Angaben zum/zur Mitarbeitenden:</b>   |   |  |                               |
|--|---|--|-------------------------------|
| Name, Vorname  |   | Arbeits-/Dienststelle<br>(Beschäftigungsbehörde) |                               |
| Geburtsjahr  |   | Tätigkeit  |                               |
|  |   | Telefon Arbeit:<br>Dienstl. E-Mail:              |                               |
|  |   | Brillenträger/in seit:                           |                               |
| <b>Stellungnahme des/der Betriebsarztes/-ärztin</b>  |   |  |                               |
| Eine Bildschirmarbeitsplatzbrille ist erforderlich (bitte auch Skizze zum Bildschirmarbeitsplatz auf Seite 2 ausfüllen).   |   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Eine weitergehende augenärztliche Untersuchung ist erforderlich.   |   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Bemerkungen:   |   |  |                               |
|  |   | Stempel  | Datum/Unterschrift            |
| <b>Stellungnahme des/der Augenarztes/-ärztin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)</b>  |   |  |                               |
| Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist weiterhin als Alltagsbrille ausreichend.  |   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Begründung:  |   |  |                               |
|  |   |  |                               |
| Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist für die Bildschirmarbeit ausreichend.   |   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Eine neue normale Sehhilfe ist nach einem Arbeitsversuch am Bildschirmarbeitsplatz für die Bildschirmarbeit ausreichend.   |   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Stellungnahme des/der Augenoptikers/-optikerin (zur Notwendigkeit einer Bildschirmarbeitsplatzbrille)</b>   |   |  |                               |
| Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist weiterhin als Alltagsbrille ausreichend.  |   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Begründung:  |   |  |                               |
|  |   |  |                               |
| Die bisher verwendete normale Sehhilfe ist für die Bildschirmarbeit ausreichend.   |   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Eine neue normale Sehhilfe ist nach einem Arbeitsversuch am Bildschirmarbeitsplatz für die Bildschirmarbeit ausreichend.   |   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Die Abgabe einer Bildschirmarbeitsplatzbrille ist notwendig:</b>  |   | <input type="checkbox"/> ja                      | <input type="checkbox"/> nein |
| Erforderlich sind: (zutreffendes ankreuzen)  |   |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Glas rechts   | <input type="checkbox"/> Einstärkenglas         |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Glas links  | <input type="checkbox"/> Bifokalglas/Officeglas |  |                               |
| <input type="checkbox"/> Fassung   | <input type="checkbox"/> Raumgleitsichtglas     |  |                               |
| <b>Stellungnahme des/der Augenoptikers/-optikerin zur Lieferung der Bildschirmarbeitsplatzbrille:</b>  |   |  |                               |
| Die Bildschirmarbeitsplatzbrille wurde nach einer augenärztlichen Verordnung/eigener Refraktionsbestimmung angefertigt und dem/der Bediensteten übergeben. Es handelt sich <u>nicht</u> um eine Universalgleitsichtbrille. Die Brillenglaswerte wurden gemäß dem Medizinproduktegesetz dokumentiert. |   |  |                               |
| Bemerkungen:   |   |  |                               |
|  |   | Stempel  | Datum/Unterschrift            |

**Beschreibung des Arbeitsplatzes:**

Vom/Von Betriebsarzt/Betriebsärztin oder der Fachkraft für Arbeitssicherheit oder einer beauftragten Person der Dienststelle auszufüllen:



Es handelt sich um einen Bildschirmarbeitsplatz: (unbedingt ankreuzen!):

- mit Lese- bzw. Schreibtätigkeit im Nahbereich
- ohne Lese- bzw. Schreibtätigkeit im Nahbereich
- mit Publikumsverkehr
- ohne Publikumsverkehr

Nur bei Arbeitsplatz mit Publikumsverkehr auszufüllen:

Entfernung Auge – Tür:    m/ Entfernung Auge – Tresen:    m/ Entfernung Auge – Besuchersitzplatz:    m

Datum: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Refraktionsbestimmung (vom Augenoptiker/In auszufüllen)**

|                  |   | Sph | Cyl | Achse | Prisma | Basis | ADD | PD | NTH |
|------------------|---|-----|-----|-------|--------|-------|-----|----|-----|
| Bildschirmbrille | R |     |     |       |        |       |     |    |     |
|                  | L |     |     |       |        |       |     |    |     |
| Ferne            | R |     |     |       |        |       |     |    |     |
|                  | L |     |     |       |        |       |     |    |     |

Akkommodationsbreite in dpt:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Augenoptiker/in