Anamnesebogen zur arbeitsmedizinischen Vorsorge

Alle Antworten werden **vertraulich** behandelt und sind freiwillig.

Datum: _____

Pflichtangaben persönlich:

Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Personal-Nr.:
Straße:	Tel. (*freiwillige Angabe*):
PLZ und Ort:	

Pflichtangaben zum Arbeitgeber:

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

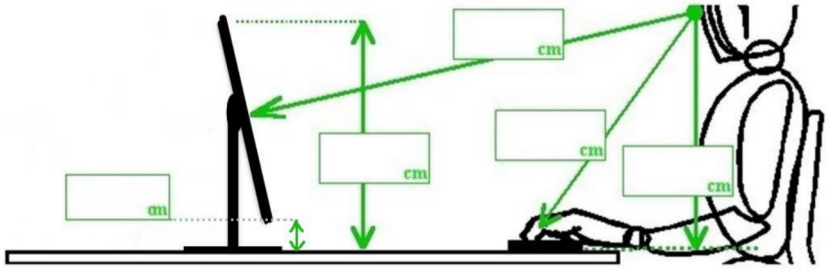
Sachlich geprüft MA MAS: ☐

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.



Wie lange arbeiten Sie täglich (durchschnittlich) am Bildschirm?

☐ 0-2 Std. ☐ 2-4 Std. ☐ 4-8 Std.

Was sind Ihre Arbeitsaufgaben? ☐ Sachbearbeiter / Büro ☐ Sachbearbeiter / Publikumsverkehr ☐ Sachbearbeiter / Einsatzzentrale ☐ Mobiler Arbeitsplatz ☐ Alternierender Telearbeitsplatz

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

Wenn nein, was ist nicht in Ordnung? ☐ Beleuchtung ☐ Schreibtisch ☐ Geräuschpegel ☐ Monitor ☐ Raumklima ☐ Stuhl

Tragen Sie eine Sehhilfe? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Fernbrille ☐ Nahbrille ☐ Gleitsichtbrille

☐ Kombinierte Gläser ☐ Bildschirmbrille ☐ Kontaktlinsen

Wie alt ist Ihre Sehhilfe: ___ Jahre

Stehen oder standen Sie in augenärztlicher Behandlung wegen:

☐ Verletzungen ☐ Schielen ☐ Operationen ☐ anderer Erkrankung

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

☐ Erhöhter Blutzucker (Diabetes) ☐ Erhöhter Blutdruck ☐ Epilepsie

☐ Nervenerkrankungen ☐ Kopfschmerzen, Migräne Schwindel

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

☐ Ja ☐ Nein

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

Haben Sie eine Allergie? ☐ Ja ☐ Nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche:

Betreiben Sie Ausgleichsgymnastik oder Sport? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, was:

Wünschen Sie ein ärztliches Beratungsgespräch im Rahmen dieser Vorsorge? ☐ Ja ☐ Nein