

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: |

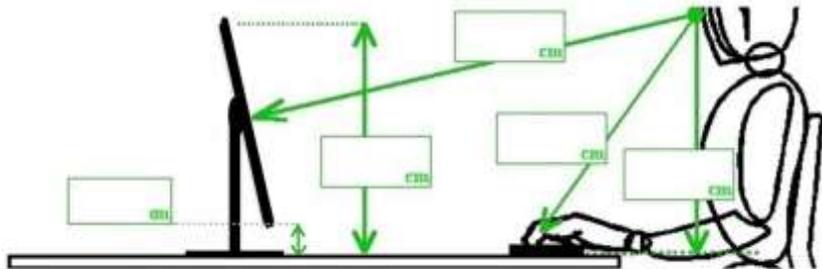
Sachlich geprüft MA MAS:

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: