

G37 Bildschirmarbeitsplatz / G 37 Computer monitor work

Datum:

Familiename, Vorname / Family Name, Given Name	
Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ) / Date of Birth (DD.MM.YYYY)	
*Geburtsort / Place of Birth	
*PLZ / Wohnort / Postal code and residence	
*Straße und Hausnummer / Name of street and house number	
*Telefon Firma (Durchwahl) / Work phone	
ausgeübte Tätigkeit / Current position	
Arbeitgeber / Name of employer	
Betriebsteil / Filiale / Abteilg. / Unit/Department	

Die mit * gekennzeichneten Felder sind freiwillige Angaben. / Information marked with an * is voluntary

Allgemeine Anamnese / General anamnesis

1. Augenerkrankungen / Eyediseases? (auch Verletzungen, Operationen, Allergien usw. / including injuries, surgeries, allergies etc.)

ja/yes nein/no

Welche? If yes, please specify:

2. Sehbeschwerden / Vision problems or ailments? (Tränen, Doppelbilder, Schmerzen, Druckgefühl, Brennen, Juckreiz, Blendungsempfindlichkeit / tears, double vision, pains, pressure, stinging/burning, itching, sensitivity to bright light)

ja/yes nein/no

Wenn ja, wann? If yes, please specify when this occurs:

3. Brille bzw. Kontaktlinsen für / Type of glasses or contact lenses (please select)

- | | | | | |
|--|--------|--------------------------|---------|--------------------------|
| • Ferne / distance spectacles | ja/yes | <input type="checkbox"/> | nein/no | <input type="checkbox"/> |
| • Nähe / near vision spectacles | ja/yes | <input type="checkbox"/> | nein/no | <input type="checkbox"/> |
| • Nähe und Ferne / near vision and distance spectacles | ja/yes | <input type="checkbox"/> | nein/no | <input type="checkbox"/> |

Bei "Nähe und Ferne" bitte auswählen: / If "near vision and distance spectacles", please specify:

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| ○ Bifokal / bifocal | <input type="checkbox"/> |
| ○ Trifokal / trifocal | <input type="checkbox"/> |
| ○ Gleitsicht / progressive addition | <input type="checkbox"/> |
| ○ Kontaktlinsen / contact lenses | <input type="checkbox"/> |

4. Datum letzte Brillenverordnung (TT.MM.JJJJ)/

Date of latest prescription for eyeglasses (DD.MM.YYYY): _____

5. Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates / Ailments of skeletal and locomotor system? (z.B. Wirbelsäule, Gelenke, Muskulatur) / (e.g. spine, joints, muscles) ja/yes nein/no

6. Erkrankungen oder Beschwerden des Nervensystems / Problems or ailments with nervous system? (z.B. Migräne, Kopfschmerzen, Schwindel / e.g. migraine, headache, dizziness) ja/yes nein/no

7. Stoffwechselerkrankungen / Metabolic Diseases? (z.B. Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung / e.g. Diabetes, thyroidal dysfunction) ja/yes nein/no

8. Bluthochdruck / High blood pressure (Hypertension)? ja/yes nein/no

9. Dauerbehandlung mit Medikamenten / Long term treatment with legal drugs? ja/yes nein/no

Wenn ja, welche? If yes, please specify which ones:

Arbeitsanamnese / Work related anamneses

10. Arbeitszeit am Bildschirm (Std./Tag) / Working hours at the screen (hours/day): _____

11. Bildschirmgröße (Zoll) / Size of screen (inches): _____

12. Bildschirmdarstellung / Displaysetting (please select):

- Positivdarstellung / positive (black letters on bright background)
- Negativdarstellung / negative (white letters on dark background)

13. Ausreichende Beleuchtung / Sufficient illumination? ja/yes nein/no

14. Blendung / Dazzling effects? ja/yes nein/no

15. Wechsel zwischen Bildschirmarbeit, Schreiben, Lesen, Publikumsverkehr / Switching between working on monitor writing, reading, visitor contacts? ja/yes nein/no

