

ARBEITSMEDIZINISCHES ZENTRUM
der Charité und der Humboldt-Universität zu Berlin

CAMPUS CHARITÉ MITTE
Schumannstr. 20/21, 10117 Berlin
Anmeldung: ☎ (030) 450-570076
Fax: (030) 450-570922

Leitung: ☎ (030) 450 570701
e-Mail: harald.bias@charite.de

CAMPUS VIRCHOW-KLINIKUM
Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin
Anmeldung: ☎ (030) 450-570700
Fax: (030) 450-570970

Fragebogen Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung – Bildschirmarbeitsplatz

1. _____
Name _____ Vorname _____ geb. am _____
Arbeitsbereich: _____ Raum-Nr. _____
Tätigkeit: _____

2. **Wie alt sind Sie?**

bis 20 Jahre 20-35 Jahre 36-50 Jahre 50-65 Jahre älter als 65 Jahre

1. **Geschlecht?** weiblich männlich

2. **Wie lange arbeiten Sie täglich am Bildschirm?**

0-2 Std 2-4 Std. 4-6 Std. 6-8 Std.

3. **Seit wann arbeiten Sie beruflich am Bildschirmarbeitsplatz?** Seit ca. Jahren.

4. **Angaben zum Abstand Ihrer Augen zu wichtigen Punkten Ihres Arbeitsplatzes**

a) Auge – Bildschirm cm
b) Auge – Papiervorlage cm
c) Auge – Tastatur cm

6. **Tragen Sie eine Sehhilfe?** ja nein

Nahbrille Fernbrille
 Bifokalbrille Gleitsichtbrille
 Trifokalbrille Kontaktlinsen

7. **Wenn ja, welche dieser Sehhilfen tragen Sie bei der Bildschirmarbeit?**

8. **Wann und durch wen wurde Ihre Sehschärfe zuletzt kontrolliert?**

_____ Augenarzt
Datum/Jahr Optiker

9. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen? Wenn ja – welche?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herzkreislauferkrankungen,
einschl. hoher und niedriger Blutdruck | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion |
| <input type="checkbox"/> Augenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) |

10. Gibt es Beschwerden, die Ihrer Meinung nach im Zusammenhang mit Ihrer Bildschirmarbeit auftreten? ja nein

Wenn ja – welche? (Sie können auch mehrere ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Schulter-/Nackenschmerzen | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Rücken-/Kreuzschmerzen | <input type="checkbox"/> Beschwerden an Händen, Armen, Beinen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Vorzeitige Müdigkeit/Lustlosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Augenbeschwerden (Brennen, Tränen,
Flimmern) | <input type="checkbox"/> Unruhe/Anspannung/Reizbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Sehschärfeveränderungen | <input type="checkbox"/> Niedergeschlagenheit |
| <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen | <input type="checkbox"/> Hautrötungen |
| <input type="checkbox"/> Geräuschempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> Schwindelgefühle |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Weitere _____ |

11. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche? _____

12. Treiben Sie Sport? ja nein

Wenn ja, welche Sportart: _____

- bis 2 Std./Woche 2 – 4 Std./Woche > 4 Std./Woche

Datum: