

# Checkliste Bildschirmarbeitsplatz



Name: .....

Firma: .....

Alter: .....

In den nächsten Tagen werde ich Sie zum Thema „richtiges Sehen am PC“ in Ihrer Firma schulen.

Um das Seminar effektiv vorzubereiten, brauche ich im Vorfeld einige Informationen über die individuellen, visuellen Schwierigkeiten bzw. Sehgewohnheiten.

Darum bitte ich Sie, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen und die folgenden Fragen zu beantworten.

	ja	nein
Hat sich Ihre Sehleistung durch die Arbeit am PC verschlechtert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwankt Ihre Sehleistung je nach Tageszeit oder Befinden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sehen Sie zeitweise Doppelbilder?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drehen sich Ihre Augen bei Müdigkeit nach innen oder außen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reiben Sie oft die Augen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen oder jucken die Augen beim Nahsehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt Ihnen ausdauernde Konzentration schwer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Ihre Augen oft trocken, rot oder gereizt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tränen Ihre Augen leicht oder sind wässrig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müssen Sie häufig blinzeln (alle paar Sekunden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kneifen Sie, um besser sehen zu können, gern die Augen zusammen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie lichtempfindlich, auch bei normalem Raumlicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schließen Sie bei bestimmten Sehaufgaben ein Auge oder decken es ab?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschwimmen Bildschirm und/oder Tastatur manchmal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erscheint beim Blickwechsel fern/nah das Bild verzögert scharf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fällt es schwer beim Blickwechsel zwischen Bildschirm und Tastatur sofort die richtige Stelle zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Nacken/ Schulterbereich häufig verspannt und schmerzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie häufig Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja, wie oft und wo genau sind die Kopfschmerzen(Stirn, Schläfen etc.)?

.....

Tragen Sie Brille/ Kontaktlinsen?

.....

Für welche Entfernung benötigen Sie die Sehhilfe?

.....

Haben Sie Anregungen oder Wünsche zum Seminar?

.....

Wann wurden Sie das letzte Mal augenärztlich untersucht?

.....

Von wem?

.....

Hiermit bestätige ich, dass bei mir keine pathologischen Augenbefunde vorliegen, bzw. dass ich wegen meiner Augenerkrankung mit dem behandelnden Augenarzt Rücksprache gehalten habe und es keine Einwände gegen das Augentraining gibt.

Unterschrift: .....

Datum: .....



Vielen Dank!