

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Tel. Nr.:

Email:

Arbeitsbereich:

Art der Tätigkeit:

## FRAGEBOGEN ZUR G 37 – UNTERSUCHUNG

Datum: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE

#### Allgemeine Anamnese, Beschwerden

Sehbeschwerden:

(z.B. Unschärfe, Tränen, Doppelbilder, Schmerzen,  
Druckgefühl, Brennen, Blendungsempfindlichkeit, Juckreiz)

ja  nein

Bei der Arbeit

ja  nein

Beim Lesen

ja  nein

Brille bzw. Kontaktlinsen für:

Ferne

ja  nein

Nähe

ja  nein

Nähe und Ferne (Bifokal, Trifokal, Gleitsicht, Kontaktlinsen)

ja  nein

Letzte Brillenverordnung

Datum: \_\_\_\_\_

Letzter Augenarztbesuch

Datum: \_\_\_\_\_

Augenerkrankungen (z.B. Verletzungen, Operationen, Allergien)

ja  nein

Welche?

Besondere Sehhilfe bei Sehbehinderungen

ja  nein

Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung)?  ja  nein

Welche?

Erkrankungen und Beschwerden des Nervensystems  ja  nein

(z.B. Migräne, Kopfschmerzen, Schwindel,...)

Welche?

Bluthochdruck?  ja  nein

Dauerbehandlung mit Medikamenten?  ja  nein

Welche?

Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates:  ja  nein

Welche und seit wann?

Massnahmen?

### Arbeitsanamnese

Arbeitseinweisung am Bildschirm-Arbeitsplatz  ja  nein

Arbeitszeit am Bildschirm-Gerät \_\_\_\_\_ Std./Tag

Name:

Surname:

Date of Birth:

Address:

Tel. Nr.:

Email:

Department:

Type of Work:

## QUESTIONNAIRE FOR THE G 37 – EXAMINATION

Date: \_\_\_\_\_

---

### ANAMNESIS

#### General Anamnesis, medical condition

##### Optic Problems:

(e.g. blurring, tears, double vision, pain,  
feeling of pressure, burning, sensitivity to glare, itching)

yes  no

At work

yes  no

When reading

yes  no

##### Glasses or contact lenses for:

Long distance

yes  no

Short distance

yes  no

Long and short distance (bifocal, trifocal, varifocal, contact lenses)

yes  no

Last prescription for glasses

Date: \_\_\_\_\_

Last visit ophthalmologist/ eyes doctor

Date: \_\_\_\_\_

Eye diseases (e.g. injuries, operations, allergies)

yes  no

Which ones?

Special optical aid for visual impairment

yes  no

Metabolic diseases (e.g. diabetes, thyroid dysfunction)?

yes  no

Which ones and since when?

Diseases and problems of the nervous system  
(e.g. migraine, head aches, dizziness)

yes  no

Which ones and since when?

Hypertension ?

yes  no

Prolonged treatment with medication?

yes  no

Which ones?

Problems of the musculoskeletal system :

yes  no

Which ones and since when?

**Anamnesis for the work station**

Briefing for the monitor work station?

yes  no

Working hours at the monitor

\_\_\_\_\_ hours/day