

Fragebogen Computerarbeitsplatz

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

berufliche Tätigkeit	Hobbys, Sport
----------------------	---------------

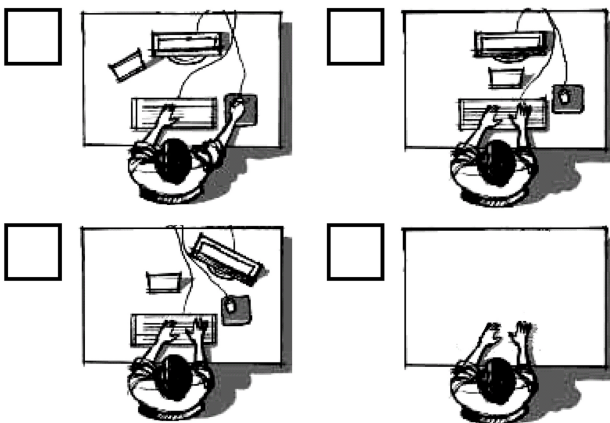
--

<input type="checkbox"/> Ich trage keine Sehhilfe	<input type="checkbox"/> Ich trage Kontaktlinsen
---	--

<input type="checkbox"/> Ich trage eine Brille	<input type="checkbox"/> Ich trage eine korrigierte Sonnenbrille
--	--

Wann haben sie den letzten Sehtest gemacht?

Welche Situation entspricht Ihrem Arbeitsplatz?



Wie gross sind die Arbeitsabstände?	
Auge – Bildschirm	cm
Auge – Tastatur	cm
Auge – Vorlage	cm
Auge –	cm
	cm

Zeichnen Sie die Anordnung der Fenster und der Beleuchtung in die obige Situationsskizze.

Welche Beschwerden treffen auf Sie zu?
--

<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> erhöhte Blendempfindlichkeit
<input type="checkbox"/> unscharfes Sehen (Ferne)	<input type="checkbox"/> trockene brennende Augen
<input type="checkbox"/> unscharfes Sehen (Nähe)	<input type="checkbox"/> „anstrengendes“ Sehen
<input type="checkbox"/> zeitweiliges „Verschwimmen“	<input type="checkbox"/> Augenerkrankungen
<input type="checkbox"/> schnelles Ermüden beim Lesen	<input checked="" type="checkbox"/>

Worauf sind Ihre Beschwerden zurückzuführen?
--

<input type="checkbox"/> Ich vermute meine Probleme werden durch die Anordnung meines Arbeitsplatzes verursacht.
--

<input type="checkbox"/> Ich vermute meine Probleme sind auf meine Augen zurückzuführen.
--

Persönliche Anmerkungen
