

# Airport Medical Center MVZ GmbH

## Gesundheitsfragebogen für Bildschirmtätigkeit G37

Name: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_  
 Tel.Nr.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Tägliche Arbeitszeit am Bildschirm	<input type="checkbox"/> 0-4 Std. <input type="checkbox"/> 4-6 Std. <input type="checkbox"/> >6 Std.
------------------------------------	--

	Ja	Nein
Liegen relevante Probleme am Bildschirmarbeitsplatz vor? Wenn ja welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Sehbeschwerden? <input type="checkbox"/> Unschärfe <input type="checkbox"/> Vermehrte Tränenbildung <input type="checkbox"/> Doppelbilder <input type="checkbox"/> Schmerzen <input type="checkbox"/> Druckgefühl <input type="checkbox"/> Brennen <input type="checkbox"/> Jucken <input type="checkbox"/> Andere:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Tragen Sie eine Brille oder Kontaktlinsen für: <input type="checkbox"/> Ferne <input type="checkbox"/> Nähe <input type="checkbox"/> Gleitsicht <input type="checkbox"/> Bildschirmarbeitsplatzbrille  <input type="checkbox"/> Letzte Brillenverordnung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Sind bei Ihnen Augen-Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> Verletzungen <input type="checkbox"/> Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Leiden Sie unter: <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche? _____ <input type="checkbox"/> Beschwerden des Stütz- und Bewegungsapparates <input type="checkbox"/> Erkrankungen / Beschwerden des Nervensystems <input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen (Diabetes, Schilddrüsenfunktionsstörung,...) <input type="checkbox"/> Bluthochdruck <input type="checkbox"/> Häufiger Kopfschmerz / Schwindel	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

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