

Checkliste für die Befragung zum Sehen am Bildschirmarbeitsplatz (BAP)

1 ALLGEMEINE ANGABEN:

Name des Mitarbeiters: _____

Arbeitsposition und Tätigkeit am Bildschirmarbeitsplatz: _____

Durchschnittliche tägliche Arbeitszeit am Bildschirm: _____

2 SEHKOMFORT:

Tragen Sie eine Sehhilfe (Brille/Kontaktlinsen) bei der Arbeit? ja ☐ nein ☐

Wenn ja, für welche Sehbereiche (Fern, Nähe, Gleitsicht)? _____

Empfinden Sie Ihre Sehhilfe als angenehm für die Bildschirmarbeit? ja ☐ nein ☐

Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Sehleistung über den Arbeitstag abnimmt? ja ☐ nein ☐

Spüren Sie beim Blickwechsel zwischen Bildschirm und Umgebung eine Verzögerung oder Anstrengung? ja ☐ nein ☐

3 BILDSCHIRM- UND ARBEITSPLATZSITUATION:

Art des genutzten Bildschirms: Laptop ☐ externer Monitor ☐ Tablet ☐

Abstand zwischen Augen und Bildschirm (Schätzung in cm) _____

Positionierung des Bildschirms: auf Augenhöhe ☐ darunter ☐ darüber ☐

Haben Sie die Möglichkeit, die Bildschirmhöhe anzupassen? ja ☐ nein ☐

Beleuchtungssituation:

Haben Sie Reflexionen auf dem Bildschirm bemerkt? ja ☐ nein ☐

Gibt es störende Lichtquellen (z. B. Fenster, Lampen)? ja ☐ nein ☐

4 BESCHWERDEN

Leiden Sie unter Augenmüdigkeit oder Kopfschmerzen während oder nach der Arbeit? ja ☐ nein ☐

Haben Sie trockene, gereizte oder gerötete Augen? ja ☐ nein ☐

Haben Sie Nacken-, Schulter- oder Rückenschmerzen, die mit der Bildschirmarbeit zusammenhängen könnten? ja ☐ nein ☐

5 RAUMKLIMA

Wie empfinden Sie die Luftqualität am Arbeitsplatz? zu trocken ☐ zu warm ☐ zu kalt ☐

Nutzen Sie Luftbefeuchter oder ähnliche Hilfsmittel? ja ☐ nein ☐

6 SEHGEWOHNHEITEN

Wie häufig schauen Sie bewusst vom Bildschirm weg, um Ihre Augen zu entspannen?

Nutzen Sie spezielle Programme oder Funktionen wie Blaulichtfilter oder augenschonende Modi? ja ☐ nein ☐

Haben Sie einen festen Arbeitsrhythmus, der Pausen für Ihre Augen beinhaltet? ja ☐ nein ☐

7 WÜNSCHE UND VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE

Gibt es aus Ihrer Sicht Möglichkeiten, die Sehbedingungen zu verbessern? (z.B. Bildschirmtyp oder -position, Arbeitsplatzgestaltung, Beleuchtung oder Raumklima)

Haben Sie Interesse an einer professionellen Sehberatung oder einer Überprüfung Ihrer Sehhilfe? ja ☐ nein ☐

8 ZUSATZINFORMATIONEN

Gibt es sonstige Beschwerden oder Themen, die Sie in Bezug auf Ihren Bildschirmarbeitsplatz ansprechen möchten?

VIELEN DANK FÜR'S AUSFÜLLEN!

Diese Checkliste hilft, individuelle Bedürfnisse und Probleme zu identifizieren, um passende Lösungen anzubieten.