

Antrag für eine Bildschirmarbeitsplatzbrille (bitte per E-Mail einreichen)

Erstbeschaffung
Ersatzbeschaffung **wegen** **Änderung Sehstärke** **Verlust*** **Beschädigung***

Name und Vorname der antragstellenden Person	geb. am
Organisationseinheit	

Stellungnahme der Führungskraft:

Hiermit wird bestätigt, dass die antragstellende Person an einem Bildschirmarbeitsplatz tätig ist. Der übliche Sehabstand zum Bildschirm beträgt _____ cm. Die Tätigkeit erfordert einen häufigen Wechsel zwischen dem Blick vom Bildschirm und dem Blick in größere Abstände (zum Beispiel andere Personen im Raum bei Publikumsverkehr).

Name	Datum und Unterschrift
------	------------------------

Stellungnahme des betriebsärztlichen Dienstes:

Die antragstellende Person wurde im Hinblick auf eine Tätigkeit am Bildschirmarbeitsplatz betriebsärztlich untersucht.

- Auf Grund des Ergebnisses ist eine Bildschirmbrille (weiter) erforderlich nicht (mehr) erforderlich
- Eine weitergehende ärztliche Untersuchung ist erforderlich nicht erforderlich

Name	Datum und Unterschrift
------	------------------------

Erklärung antragstellenden Person:

Hiermit beantrage ich einen Kostenzuschuss für eine Bildschirmarbeitsplatzbrille. Alle Angaben gegenüber dem betriebsärztlichen Dienst hinsichtlich der für die Verordnung maßgeblichen Verhältnisse habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich erkläre, dass ich keine Erstattung durch Dritte erhalten habe oder noch geltend machen werde. Ich verpflichte mich, die Bildschirmarbeitsplatzbrille pfleglich zu behandeln und nur für die Bildschirmarbeit im Rahmen meines Dienstverhältnisses einzusetzen.

Name	Datum und Unterschrift
------	------------------------

* Reichen Sie hierzu bitte ein schriftliche Erklärung ein.