Formblatt zur Beschaffung von speziellen Sehhilfen auf Grundlage des Vertrages von BMI und ZVA vom 01.09.2018

Abschnitt 1: Daten der oder des Beschäftigten

Amts- oder Dienstbezeichnung: _____

Name und Vorname*: _____

Geburtsdatum: _____

Standort der Dienststelle: _____

Organisationseinheit: _____

Zuständige Erstattungsstelle

**Hinweis: Bitte tragen Sie Ihren Namen und Ihre Dienststelle auch am Seitenanfang der folgenden Seiten ein.*

Abschnitt 2: Von der Erstattungsstelle beziehungsweise dem / der zuständigen Mitarbeiter/in auszufüllen:

Hinweis:

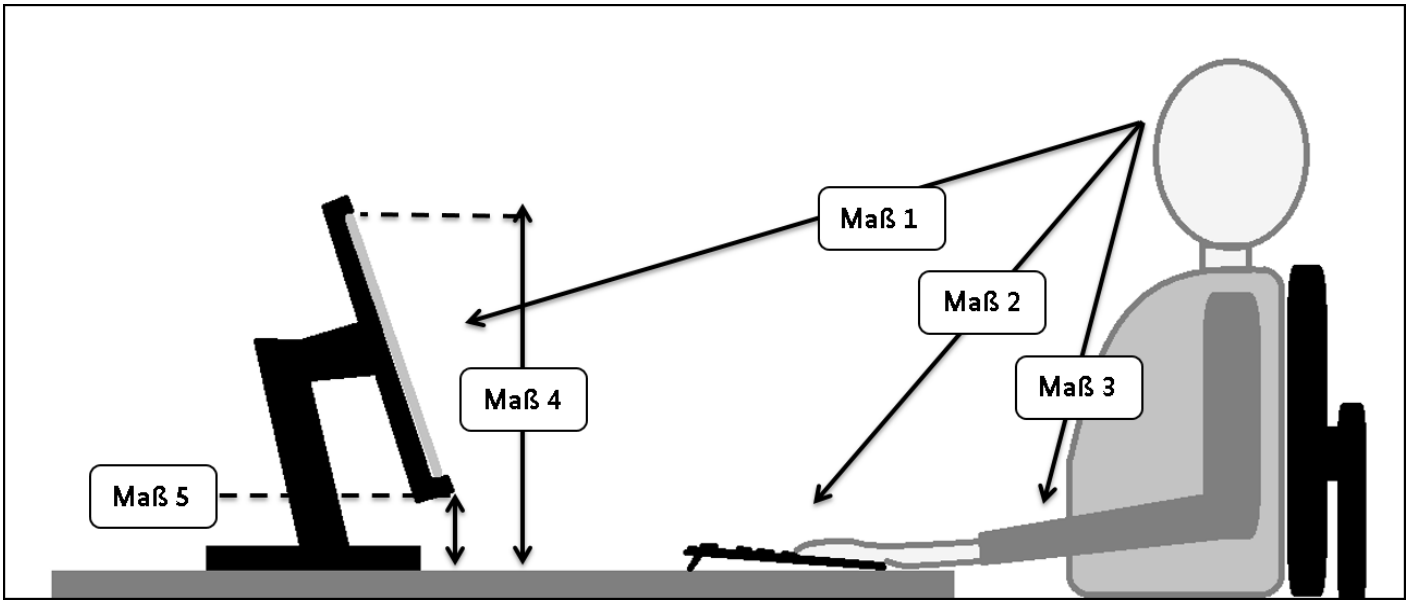
Der Abschnitt 2 muss vor der betriebsärztlichen Untersuchung vom Fachpersonal ausgefüllt werden.

(siehe auch Anlage 5 Verfahrenshinweise)

Auf der nächsten Seite finden Sie die Skizze eines Bildschirmarbeitsplatzes der vom Fachpersonal entsprechend zu vermessen ist. Vor der Vermessung ist jedoch im Folgenden zutreffendes anzukreuzen.

Der Arbeitsplatz wurde vor dem Vermessen ergonomisch eingerichtet: ☐ ja ☐ nein

Name und Dienststelle:



Zu den Nummerierungen in der oben gezeigten Abbildung sind die Maße in Zentimeter in den folgenden Formularfeldern einzufügen. Bitte achten Sie dabei auf die korrekte Sitzposition sowie einen leicht nach hinten geneigtem Bildschirm.

Maß 1: Abstand zwischen Augen und Bildschirm: _____cm

Maß 2: Abstand zwischen Augen und Tastatur: _____cm

Maß 3: Abstand zwischen Augen und Hand beziehungsweise Handschreibposition: _____cm

Maß 4: Abstand von der Arbeitsfläche bis zur oberen Kante des Bildschirmrandes: _____cm

Maß 5: Abstand von der Arbeitsfläche bis zur unteren Kante des Bildschirmrandes: _____cm

Der Bildschirmarbeitsplatz hat folgende zusätzliche Anforderungen (*zutreffendes bitte ankreuzen*):

- Lese- beziehungsweise Schreibtätigkeit im Nahbereich ☐ ja ☐ nein
- Publikumsverkehr ☐ ja ☐ nein
- mehrere Monitore, Bildschirmwand oder eine ungewöhnliche Position der Monitore ☐ ja ☐ nein

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift der/des Beschäftigten

Name und Dienststelle:

Abschnitt 3: Von der Betriebsärztin / dem Betriebsarzt auszufüllen:

Ärztlicherseits ist die Verordnung folgender Brille notwendig:

☐ Bildschirmbrille ☐ (spezielle Brille nach Erlass/gewünschte **Pos.-Nr.:** _____)

☐ Organisches Glas *(Kunststoff)* ☐ Officeglas

☐ Sonstige:_____

☐ Eine spezielle Sehhilfe ist nicht erforderlich

Bemerkungen / Erläuterungen (gegebenenfalls gesonderte Erläuterung beifügen):

_____

_____

_____ _____

Ort und Datum Name der Ärztin/des Arztes

Unterschrift und Stempel der Ärztin/des Arztes:_____

Name und Dienststelle:

Abschnitt 4: Refraktionsbestimmung durch Augenoptiker/in

_____

Name und Anschrift des Optikers/der Optikerin:

	Sph	Cyl	Achse	Prisma	Basis	ADD	PD
Nähe R							
Nähe L							
Ferne R							
Ferne L							

Die Abrechnung der Leistung durch die Augenoptikerin/den Augenoptiker erfolgt gegenüber dem/der Beschäftigten nach den Sätzen des Vertrages mit dem Zentralverband der Augenoptiker vom 01.09.2018. In der Rechnung müssen alle Positionen einzeln aufgeführt sein. Auf Wunsch und Kosten des/der Beschäftigten können die unter 3.) bewilligten Leistungen für Bildschirmarbeitsplatzbrillen durch verbesserte oder andere Leistungen (zum Beispiel höherwertige Brillenfassung) ergänzt werden. Bei Fliegersondergläsern und ABC-Schutzmasken ist die bewilligte Leistung zu erbringen. Eine Zuzahlung durch den Beschäftigten ist nicht möglich.

_____ _____

Ort und Datum Unterschrift und Stempel der Optikerin/des Optikers

Abschnitt 5 Bankverbindung

Zur Erstattung der Ihnen entstandenen Kosten ist die Angabe Ihrer Bankverbindung nötig:

Kreditinstitut:_____

IBAN:_____ BIC:_____

Abschnitt 6: Erstattungsstelle

Die Kosten der Bildschirmarbeitsplatzbrille werden in Höhe von _____ EUR erstattet.