

Formblatt zur Beschaffung von speziellen Sehhilfen auf Grundlage des Vertrages mit dem BMI 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 auf den folgenden Seiten in die Kopfzeile ein.*

Abschnitt 2: Von der Erstattungsstelle bzw. der zuständigen Mitarbeiterin/dem zuständigen Mitarbeiter auszufüllen:

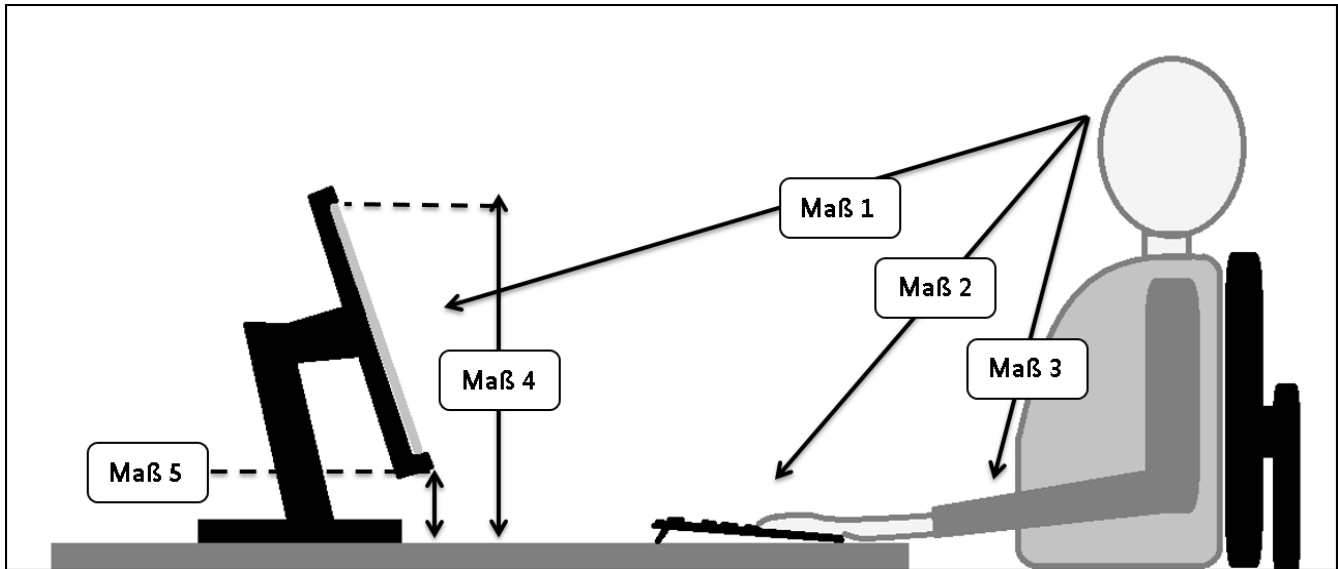
Hinweis:

*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 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 und einem leicht nach hinten geneigten Bildschirm.

Maß 1: Abstand zwischen Augen und Bildschirm: _____ cm

Maß 2: Abstand zwischen Augen und Tastatur: _____ cm

Maß 3: Abstand zwischen Augen und Hand bzw. 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- bzw. 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.:** _____)

Mineralisches Glas Organisches Glas (*Kunststoff*)

Einstärkenglas Zweistärkenglas Officeglas

Sonstige: _____

Eine spezielle Sehhilfe ist nicht erforderlich

Bemerkungen / Erläuterungen (ggf. 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 Augenoptikerinnen/Augenoptiker

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 (z.B. höherwertige Brillenfassung) ergänzt werden. Bei Fliegersondergläsern und ABC-Schutzmasken ist die bewilligte Leistung zu erbringen. Eine Zuzahlung durch die Beschäftigten ist nicht möglich.

Ort und Datum_____
Unterschrift und Stempel der Optikerin/des Optikers

Name und Dienststelle: _____

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.