

Antrag auf Erstattung der Kosten einer Bildschirmarbeitsplatzbrille

Name, Vorname des Antragstellers	
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	
<u>Bestätigung des Antragstellers:</u> Ich bin bereits Brillenträger/in, aber meine normale Sehhilfe reicht für die Arbeit am Bildschirm nicht mehr aus.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
Ich habe bereits eine bewilligte Bildschirmarbeitsplatzbrille. Die Sehkraft hat sich um 0,5 oder mehr Dioptrien verändert.	<input type="checkbox"/> trifft zu <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
<u>Bestätigung des Betriebsarztes des krz:</u> Hiermit wird bestätigt, dass für den/die Antragsteller/in eine spezielle <input type="checkbox"/> zusätzliche (Es ist noch keine Bildschirmarbeitsplatzbrille vorhanden.) <input type="checkbox"/> neue (Die bisherigen Werte haben sich verändert.) Sehhilfe nach Anhang Teil 4 Absatz 2 Ziffer 1 Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge (ArbMedVV) notwendig ist. _____ Datum / Unterschrift	
<u>Bestätigung des Augenoptikers:</u> Es handelt sich bei der Sehhilfe um eine Brille mit _____ Unterschrift und Stempel des Augenoptikers	<input type="checkbox"/> Silikatgläser* oder <input type="checkbox"/> Kunststoffgläser <input type="checkbox"/> Einstärkengläser (reine Bildschirmarbeit) <input type="checkbox"/> Einstärkengläser - degressiv (Sehen im gesamten Nahbereich (z.B. Schreibtisch)) <input type="checkbox"/> Gleitsichtgläser - Bildschirmarbeit mit Raumkorrektur (für Bildschirmarbeit, Lesen und Sehen im Raum) <input type="checkbox"/> Einfachentspiegelung <input type="checkbox"/> Voll - bzw. Superentspiegelung <small>*keine Gleitsichtgläser möglich</small>
Hiermit versichere ich, dass die oben gemachten Angaben korrekt sind und dass ich die Bildschirmarbeitsplatzbrille erhalten habe. Die erforderlichen Anlagen zur Zahlbarmachung, insbesondere die Rechnung, füge ich diesem Antrag bei. _____ Datum / Unterschrift des Antragstellers	