**Bildschirmarbeit**

|  |  |
| --- | --- |
| Arbeitsbereich / -platz: | Name eingeben |
| Mängel gemeldet an: | Name eingeben |
| besprochen mit: | Name eingeben |
| Prüfdatum: | Datum auswählen |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Frage** | **Antwort** | **Handlungs-bedarf** | **Erledigen bis** | **Bemerkungen** |
|  | Liegt für Bildschirmarbeitsplätze eine Gefährdungsbeurteilung vor? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wurde der Betriebsarzt an der Erstellung der Gefährdungs-beurteilung beteiligt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Lassen sich die Einrichtungsgegenstände (Tisch, Stuhl) auf den jeweiligen Beschäftigten  einstellen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Ist der Arbeitstisch ausreichend groß, um Zwangshaltungen zu vermeiden? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wurde darauf geachtet, dass die Blickrichtung auf den Bildschirm parallel zum Fenster ist? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Ist die Tastatur frei beweglich und hat sie eine gut lesbare  Beschriftung? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden die Beschäftigten zur  richtigen Sitzposition und zum dynamischen Sitzen unterwiesen? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden neben der sitzenden  Tätigkeit auch Arbeiten im Stehen ausgeführt? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind geeignete und verstellbare Lichtschutzeinrichtungen, wie z. B. Jalousien, vorhanden? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Sind die Arbeitsplätze ausreichend und blendfrei beleuchtet (Mindestbeleuchtungsstärke 500 Lux)? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Wird den Beschäftigten regelmäßig die arbeitsmedizinische Vorsorge „Bildschirmarbeitsplätze“  angeboten? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |
|  | Werden die Beschäftigten zur aktiven Pausengestaltung, z. B. Entspannungsübungen, angehalten? | Ja | Nein | Datum auswählen |  |

**Status:** In Bearbeitung