



Schule für Sehverhalten  
und visuelle Wahrnehmung

## Sehen am Bildschirm

Regina Prieß  
Richard-Lattorf-Str. 33  
30453 Hannover

# Checkliste für Ihr Sehen am Bildschirm

Datum:  Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 Ort: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ E Mail \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_

Von wem wurden Sie überwiesen/empfohlen:

\_\_\_\_\_

Wie äußern sich Ihre Sehprobleme? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Was wollen Sie ändern: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(Reicht der vorgesehene Platz nicht oder möchten Sie etwas ergänzen,  
benutzen Sie bitte das letzte Blatt!.)

### Allgemeines Befinden/Gesundheit:

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ein Auge dreht manchmal weg, vor allem bei Müdigkeit .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> ..... innen <input type="checkbox"/> außen <input type="checkbox"/>				
Reibe öfters die Augen, weil sie bei Naharbeiten jucken oder brennen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausdauerndes, konzentriertes Sehen fällt mir schwer, muss häufig blinzeln .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Um weit besser zu sehen, kneife ich gerne die Augen zusammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausdauernde Konzentration fällt mir schwer .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meine Augen fühlen sich oft trocken an .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Augen tränen leicht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ja manchmal nein unbekannt

Ich bin lichtempfindlich, auch bei normalen Lichtverhältnissen .... ..... ..... .....

Mein Nacken-/Schulterbereich ist häufig verspannt und schmerzt ..... ..... .....

Bei bestimmten Sehaufgaben  
schließe ich zur Erleichterung lieber ein Auge ..... ..... ..... .....

Welche Sehaufgaben sind das? \_\_\_\_\_

Beim Autofahren  Busfahren  Karussellfahren   
wird mir leicht übel ..... ..... ..... .....

Kopfschmerzen ..... ..... ..... .....

Wie oft? \_\_\_\_\_ x Woche/Monat

Wo?..... Schläfe .....Stirn .....Oberhaupt

Migräne \_\_\_\_\_ x Woche/Monat .....

Besonderheiten z.B. chronische Erkrankungen/Erbkrankheiten? \_\_\_\_\_

Liegt eine Epilepsie vor? ..... Ja ..Nein

 **Augenarzt:**

Augenärztlich wurde ich bereits untersucht? .....Wann? \_\_\_\_\_

Von wem \_\_\_\_\_

Mit welchem Ergebnis?(Bericht?)

\_\_\_\_\_

Aktuelle Brillenwerte:

Ferne	Sphäre / Sph	Zylinder / cyl	Achse / A	Prisma / P	Achse / A
Rechtes Auge					
Linkes Auge					

Nähe	Sphäre / Sph	Zylinder / cyl	Achse / A	Prisma / P	Achse / A
Rechtes Auge					
Linkes Auge					

Ich trage KL ..... Ja ..Nein

Ich besitze eine Sonnenbrille..... Ja ..Nein

Ich benutze eine Bildschirmarbeitsplatzbrille..... Ja ..Nein

**Beruf/Arbeit oder Sehanforderung:**

Gesamtarbeitszeit am Bildschirm \_\_\_\_\_%      Wie lange? \_\_\_\_\_Std/täglich

Welche Art von Bildschirmen benutzen Sie:.....  Separater Bildschirm.....  Laptop  
.....  Notebook.....  Tablet.....  Smartphone.....  Maschinendisplay

Bearbeitungsposition.....  sitzend  stehend  laufend

Bildschirmformat.....  Hochformat  Querformat

Bildschirmpositionierung.....  höhenverstellbar  neigbar

Anzahl der Bildschirme \_\_\_\_\_ Stück  nebeneinander  übereinander

Anordnung der Bildschirme..... Abstand Nasenwurzel- Mitte Bildschirm \_\_\_\_\_ cm

oberhalb der Augenhöhe  mittig  unterhalb der Augenhöhe

mit Publikumsverkehr  ohne Publikumsverkehr

Monitoring..... aktiv  passiv

Licht und Beleuchtung..... Fensterposition  frontal  seitlich

Raumbeleuchtung  sehr hell  normal  dunkel

Deckenleuchte  ja  nein

Bei „ja“ = kaltwei / neutralwei / warmwei

Arbeitsplatzleuchte  ja  nein

Bei „ja“ = kaltwei / neutralwei / warmwei

Stuhl.....  höhenverstellbar  Sitzfläche beweglich  Armlehne verstellbar

Tisch.....  höhenverstellbar  feste Höhe  hell / dunkel

Fustutze  Stifteingabe

Tastatur.....  ergonomisch  kabelgebunden  kabellos  hell / dunkel

**Skizzieren Sie ggf die Raumaufteilung und Lichtverhältnisse(Lampen / Fenster)**

ja manchmal nein unbekannt

Computerarbeit strengt mich an?.....  .....  .....  .....

Der Bildschirm erscheint zeitweise unscharf?.....  .....  .....  .....

Das Manuskript/ die Tastatur erscheint zeitweise unscharf?.....  .....  .....  .....

Blickwechsel vom  
Manuskript zum Monitor erscheint mir verzögert scharf?.....  .....  .....  .....

Bitte wenden!



 **Auto und Verkehr:**

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ich habe Schwierigkeiten, im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mitfahrer meinen, ich fahre meistens zu weit rechts oder links .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beim Einparken habe ich Probleme mit dem richtigen Abschätzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überholvorgänge mache ich ungern (Entfern. + Geschwindigkeitseinschätzung).....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bei Dämmerung werde ich unsicher, fahre nachts allgemein ungern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Scheinwerfer erscheinen mir manchmal doppelt .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durch die Scheinwerfer habe ich starke Blendungsprobleme .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Es fällt mir schwer, mich zu orientieren oder in der Straßenkarte zurechtzufinden.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Straßenschilder erkenne ich erst später als mancher Mitfahrer .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Tacho während der Fahrt abzulesen, ist für mich schwierig ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 **Sport + Freizeit:**

	ja	manchmal	nein	unbekannt
Ich bin unsicher, ängstlich beim Bälle fangen .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spiele <b>ungern</b> Ballsport z.B. Handball, Federball usw. ....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treffe/fange Bälle nicht richtig, schlage daneben - zu früh <input type="checkbox"/> .... zu spät <input type="checkbox"/> .....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bin ängstlich bei kleinen Höhenunterschieden, meide Abhänge.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportart: _____	_____ mal pro Woche			
Ich nutze Ø mein Handy _____ Std/täglich				

Danke!