



Schule für Sehverhalten  
und visuelle Wahrnehmung

## Sehen am Bildschirm

Regina Prieß  
Hahler Straße 49  
32427 Minden  
Telefon 0571.8891596

# 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,<br>im Rückspiegel schnell etwas zu erfassen .....               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Mitfahrer meinen,<br>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<br>(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<br>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,<br>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,<br>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!