

1. Angabe der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters

Vor- und Zuname			
Organisationseinheit/Dienststelle			
Anschrift			
Telefon		Personalnummer	
Kontonummer/BLZ		PKZ	

2. Bestätigung des Vorgesetzten

Die/der Vorgesetzte bestätigt, dass die/der MitarbeiterIn auf ihrem/seinem ständigen Arbeitsplatz Bildschirmtätigkeiten gemäß § 1 Abs. 4 BS-V¹ ausübt.

Datum	Unterschrift und Stempel des Vorgesetzten	
-------	--	--

3. Bestätigung der Arbeitsmedizinischen Betreuung unter Vorlage des Verordnungsscheins sowie eines Kostenvoranschlags

Die/Der ArbeitsmedizinerIn bestätigt, dass es sich laut vorliegendem Verordnungsschein des Augenfacharztes um eine spezielle Sehhilfe gemäß § 12 BS-V handelt und die Beistellung aus arbeitsmedizinischer Sicht notwendig ist.

Datum	Unterschrift und Stempel der Arbeitsmedizinerin/ des Arbeitsmediziners	
-------	--	--

4. Beilagen

- Augenfachärztlicher Verordnungsschein (Kopie)
- Kostenvoranschlag
- Bestätigung des Optikers (Formblatt der Post)
- Optikerrechnung
- Krankenscheingebühr/Behandlungsbeitragsvorschreibung (Bestätigung)

5. Kosten

Art der Kosten	Refundierung durch	
	SV-Träger	Post
Selbstbehalt		EUR
Sehhilfe/Gläser – Tarifleistung/Betrag für einfache Entspiegelung	EUR	EUR
Sehhilfe/Fassung – Tarifleistung	EUR	
Krankenscheingebühr/Behandlungsbeitrag		EUR

Die Mitarbeiterin/Der Mitarbeiter wurde am _____ in Kenntnis gesetzt, dass ein Betrag in Höhe von
gesamt EUR _____ überwiesen werden wird.

1 Bildschirmarbeit liegt dann vor, wenn ArbeitnehmerInnen durchschnittlich ununterbrochen mehr als 2 Stunden oder durchschnittlich mehr als 3 Stunden ihrer Tagesarbeitszeit mit Bildschirmarbeit beschäftigt sind (d.h., die Voraussetzungen sind im allgemeinen erfüllt, wenn an mind. der Hälfte der Tage einer Arbeitswoche Bildschirmarbeit im Ausmaß von jeweils ununterbrochen mehr als 2 Stunden und dadurch im Fall einer 5-Tage-Woche in Summe mind. 8 – 10 Wochenstunden erbracht wird).