

## Antrag auf Kostenübernahme für eine Bildschirmarbeitsplatzbrille

### Antragstellerin/Antragsteller

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

### Erklärung der Antragstellerin/des Antragstellers

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für eine Bildschirmarbeitsplatzbrille. Alle Angaben gegenüber der Augenärztin bzw. dem Augenarzt hinsichtlich der für die Brillenverordnung maßgeblichen Verhältnisse habe ich wahrheitsgemäß gemacht. Ich verpflichte mich, die Bildschirmarbeitsplatzbrille pfleglich zu behandeln.

---

Datum

Unterschrift

## Anlage zum Antrag auf Kostenübernahme für eine Bildschirmarbeitsplatzbrille

### Antragstellerin/Antragsteller

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Personalnummer:

### Bescheinigung der Augenärztin/des Augenarztes zur Vorlage beim Arbeitgeber

Aufgrund

- einer eingeschränkten Akkomodationsbreite (max. A.Breite  $\leq 2,0$  dpt - entspricht einer einsetzbaren A.Breite von  $\leq 1,0$  dpt)
- sonstiger ophthalmologischer Grund (bei Pat. unter 50 Jahren)<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

habe ich Herrn/Frau \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

folgende spezielle Bildschirmarbeitsplatzbrille verordnet, die er/sie an seinem/ihrem Arbeitsplatz benötigt (jeweils mineralische Gläser, farblos und einfach entspiegelt):

- Monofokalbrille** Sehabstand: \_\_\_\_ cm (Abstand des Bildschirmes)
- Bifokalbrille** (mit höher gesetztem Nahteil): Sehabstand unten: \_\_\_\_ cm (Leseabstand) / Sehabstand oben: \_\_\_\_ cm (Bildschirmabstand)

Datum

Stempel und Unterschrift der Augenärztin/des Augenarztes

<sup>1</sup> Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ophthalmologischen Grund angeben – ohne Angabe des Grundes kann der Antrag nicht bearbeitet werden.