**Führen und Organisieren 11**

* + 1. **Verordnung Bildschirmarbeitsbrille**

Ergebnis der arbeitsmedizinischen Angebotsvorsorge Bildschirmarbeitsplatz

|  |  |
| --- | --- |
| Frau/Herr: | Name des Mitarbeiters |
| beschäftigt als: | Berufliche Tätigkeit |
| Arbeitgeber: | Arbeitgeber = Rechnungsnehmer |

benötigt für ihre/seine berufliche Tätigkeit eine Bildschirmbrille.

**Bemerkungen:** Ergänzungen, Bemerkungen zu der Bildschirmarbeitsbrille

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum / Stempel der Praxis Unterschrift Betriebsarzt

Um das weitere Vorgehen zu besprechen, kann Frau/Herr Name des Mitarbeiters. Kontakt mit der Fachstelle Arbeits- und Gesundheitsschutz im Bistum Fulda,

Tel. 0661 87335 oder per Mail: [arbeitsschutz@bistum-fulda.de](mailto:arbeitsschutz@bistum-fulda.de). aufnehmen.