

1. Angabe der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters

Vor- und Zuname _____

Organisationseinheit/Dienststelle _____

Anschrift _____

Telefon _____ Personalnummer _____

PKZ _____

Die/Der MitarbeiterIn garantiert hiermit, die letzten 3 Jahre keine derartige Kostenrefundierung erhalten zu haben.

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

Die/Der ArbeitsmedizinerIn bestätigt, dass es sich lautvorliegendem 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. Anmerkungen

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).