|  |
| --- |
| **Antrag auf Kostenbeteiligung an einer Bildschirmarbeitsplatzbrille** |

|  |
| --- |
| **Von Antragstellerin/vom Antragsteller auszufüllen:**Personalnummer:Name:Vorname:Fakultät/Org.Einheit:Kostenstelle:Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die Beschaffung einer Bildschirmarbeitsplatzbrille.Datum, Unterschrift:Kontoinhaber:IBAN: |

|  |
| --- |
| **Bestätigung durch die Vorgesetzte/dem Vorgesetzten:**Hiermit wird bestätigt, dass der/die Antragsteller/in an einem Bildschirmarbeitsplatz tätig ist.Datum, Unterschrift: |

|  |
| --- |
| **Stellungnahme des Betriebsarztes in Verbindung mit einer Angebotsuntersuchung (G37):**Der/die Antragsteller/in wurde betriebsärztlich untersucht. Hierbei wurde festgestellt, dass die Tätigkeit am Bildschirmarbeitsplatz die Versorgung mit einer speziellen Bildschirmarbeitsplatzbrille notwendig macht / nicht notwendig macht. Es wird bestätigt, dass die Sehschwäche nicht mit einer normalen Sehhilfe ausgeglichen werden kann.Datum, Unterschrift: |