

**Empfänger:**

Philipps-Universität Marburg
Der Präsident
II B 5.3
Biegenstraße 10

Antragsteller/-in:

Personal-Nr.
siehe **Entgeltnachweis** _____

Name,
Vorname: _____

FB / Dez. /
Einrichtung: _____

Tel.: _____

E-Mail: _____

Hinweis: Informationen zum Verfahren bei der Beschaffung einer
Bildschirmarbeitsplatzbrille finden Sie [HIER](#).

Antrag auf Kostenübernahme einer Bildschirmarbeitsplatzbrille**Antragsteller/-in:**

Ich beantrage die Kostenübernahme für die Beschaffung einer Bildschirmarbeitsplatzbrille.
Ich bestätige hiermit, dass ich die Bildschirmarbeitsplatzbrille ausschließlich für den dienstlichen Gebrauch
nutzen werde. Mir ist bekannt, dass eine private Mitnutzung der Bildschirmarbeitsbrille nicht gestattet ist.
Die Brille bleibt Eigentum der Dienststelle.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Antragstellers _____

Vorgesetzte/-r:

Ich bestätige, dass die/der Antragsteller/-in an einem Bildschirmarbeitsplatz tätig ist.

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des Vorgesetzten _____

Stellungnahme des Betriebsärztlichen Dienstes im Rahmen der Angebotsuntersuchung (G 37)

Die/Der Antragsteller/-in wurde untersucht. Hierbei wurde festgestellt, dass die Tätigkeit am Bildschirm-
arbeitsplatz die Versorgung mit einer speziellen Bildschirmarbeitsplatzbrille notwendig macht.

Es wird bestätigt, dass die Sehschwäche nicht mit einer normalen Sehhilfe ausgeglichen werden kann.

Ort, Datum _____

Stempel und Unterschrift des betriebsärztlichen Dienstes _____