

Checklista Arbetsplatsbesök

Datum _____

Namn _____

Födelsedata _____

Typ av arbetsplats _____

Anställningstid _____

Arbetets art _____

Synkrävande yrke (mycket/ något/ lite) _____

Arbetets tid över dagen _____

Egen eller delad arbetsplats _____

Typ av bildskärm _____

Arbets-/synavstånd (cm)		
Blickvinkel (från horisontalplan)		
Synobjekt (storlek i mm)		

Subjektiv undersökning:

Ögonbesvär Ja Nej

Ögontrötthet Ja Nej

Huvudvärk Ja Nej

Muskel- och ledbesvär? Ja Nej

Om ja;

När på dagen? _____

Lokalisering? _____

Svårhetsgrad? _____

Förekomst? _____

Glasögon/ linser? Ja Nej

Typ _____

Upplevelse av belysning _____

Ljussmätningar:

Belysningsstyrka	Arbetsplats 1	Arbetsplats 2
Arbetsyta		
Bildskärm		

Luminanser	Arbetsplats 1	Arbetsplats 2
Arbetsyta		
Bildskärm		

Typ av ljuskällor _____
Ljusets riktning _____
Kontraster _____
Luminansfördelning _____
Bländning _____
Färgtemperatur _____
Färgåtergivning _____
Flimmer _____
Blänk och reflexer? _____

Arbetsplatsens utformning:

