

## Datenblatt für das Betriebliche Eingliederungsmanagement

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Fachvorgesetzter: \_\_\_\_\_

Vollzeit/Teilzeit: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Hochschulzugehörigkeit: \_\_\_\_\_

sb/gleichgestellt: \_\_\_\_\_

Ausbildung: \_\_\_\_\_

Tätigkeiten im FB/Dez./ZE : \_\_\_\_\_

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

Fehlzeiten: \_\_\_\_\_

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

Leistungseinschränkungen lt. Betriebsarzt oder sonstiger ärztlicher Stellungnahme:

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

BEM-Erstkontakt am/durch: \_\_\_\_\_

BEM-Erstgespräch am/durch: \_\_\_\_\_

Einverständniserklärung für BEM liegt vor:

Sonstiges:

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