

BEM-Datenblatt

Name, Vorname

Geburtstag

Personalnummer

Kostenstelle

Vorgesetzte/-r

Schicht

Vollzeit/Teilzeit

Betriebszugehörigkeit seit

Schwerbehindert/gleichgestellt/Antrag gestellt

Ausbildung

Tätigkeit im Unternehmen

Leistungseinschränkungen laut

Betriebsärztin/Betriebsarzt *

oder sonstiger ärztlicher Stellungnahme *

BEM-Erstkontakt am/durch

BEM-Erstgespräch am/durch

Einverständniserklärung für das BEM liegt vor ja ☐ nein ☐

Bemerkung

Hinweise: Dieses Dokument dient ausschließlich der Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) gemäß § 167 Abs. 2 SGB IX. Die erhobenen Daten werden streng vertraulich behandelt, nicht in der Personalakte geführt und nach Abschluss des BEM-Verfahrens nach Maßgabe der geltenden Datenschutzbestimmungen (bzw. der BEM-Betriebsvereinbarung) gelöscht oder vernichtet.

Ort, Datum

Unterschrift (BEM-berechtigte Person)

* **Hier keine Krankheitsbilder oder Diagnosen erfassen!** Es geht um Einschränkungen wie „Tätigkeiten im Stehen dürfen nicht länger als zwei Stunden ausgeführt werden“ oder „Darf keine Lasten über 15 kg heben oder tragen“ oder „Tätigkeiten in vorgebeugter Haltung“.