

Die Unfallkasse Hessen informiert (Stand: April 2018)

Einverständniserklärung/Verzichtserklärung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)

nach § 167 Abs. 2 SGB IX

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Personal-Nummer:

Im Rahmen des Informationsgespräches zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) wurde ich über die Ziele des BEM-Verfahrens aufgeklärt. Des Weiteren wurde ich darüber aufgeklärt, dass die Teilnahme am BEM freiwillig ist und von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen beendet werden kann.

- Ich **stimme** der Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement **zu**.
Die Einhaltung des Datenschutzes wird in einer gesonderten Vereinbarung festgehalten.
- Ich **stimme** der Durchführung des Betrieblichen Eingliederungsmanagement **nicht zu**.
Mir ist bekannt, dass ich mich im Falle einer krankheitsbedingten Kündigung des Arbeitsverhältnisses, nicht auf ein nicht durchgeführtes Betriebliches Eingliederungsmanagement nach § 167 Abs. 2 SGB IX berufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Mitarbeiter*in