

Die Unfallkasse Hessen informiert (Stand: April 2018)

Dokumentationsbogen – Prozessablauf Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Personal-Nummer: _____

Vorgesetzte*r: _____ Kostenstelle: _____

Vollzeit Teilzeit (_____ Stunden) Schichtdienst

Betriebszugehörigkeit seit _____

schwerbehindert/gleichgestellt seit _____

Qualifikation: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Bisherige Tätigkeit im Betrieb: _____

Fehlzeiten

von bis (_____ Tage), von bis (_____ Tage)

von bis (_____ Tage), von bis (_____ Tage)

von bis (_____ Tage), von bis (_____ Tage)

Leistungseinschränkung

Art: _____ festgestellt durch/am _____

BEM-Verlauf

Erstkontakt: _____ durch _____

Erstgespräch: _____ durch _____

Einverständniserklärung: _____

Anmerkung:

BEM abgeschlossen: _____

Ergebnis:
