

Datenblatt für das betriebliche Eingliederungsmanagement

Name:		
Vorname:		
Geburtstag:		

Anstellungsträger:		
Tätigkeitsfeld:		
BEM-Beauftragte des Anstellungsträgers:		

Beschäftigungsumfang:		v.H.
-----------------------	--	------

Beginn Beschäftigungszeit:	
----------------------------	--

Grad der Schwerbehinderung		v.H.
----------------------------	--	------

BEM-Erstgespräch am:	
Einverständnis für BEM vom:	

Ausbildung:		
-------------	--	--

Weitere Qualifikationen oder besondere Kenntnisse:		

Fehlzeiten in den vergangenen zwölf Monaten:		Arbeitstage
--	--	-------------

Anforderungen der Stelle:		

Gesundheitliche Situation nach Einschätzung des Beschäftigten/der Beschäftigten:		

Gesundheitliche Situation bezogen auf den Arbeitsplatz lt. Betriebsarzt/Betriebsärztin oder sonstiger ärztlicher Stellungnahme:		

Sonstiges:		