

Datenblatt für das betriebliche Eingliederungsmanagement

Name:		
Vorname:		geb.
Anstellungsträger:		
Tätigkeitsfeld:		
BEM-Beauftragte des Anstellungsträgers:		
Beschäftigungsumfang:		v.H.
Beginn Beschäftigungszeit:		
befr. beschäftigt bis zum:		
BEM-Einladung am:		
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	arbeitsunfähig ab:
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:		