

**Anlage 4 zum Verfahrensablauf BEM**

**Datenblatt für das Betriebliche Eingliederungsmanagement**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_

Personal-Nr.: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Vorgesetzte(r): \_\_\_\_\_

Beschäftigungsumfang: \_\_\_\_\_

Beginn Beschäftigungszeit: \_\_\_\_\_

Grad der Schwerbehinderung: \_\_\_\_\_

BEM-Erstgespräch am: \_\_\_\_\_

Einverständnis für BEM liegt vor: \_\_\_\_\_

Ausbildung: \_\_\_\_\_

Weitere Qualifikationen oder besondere Kenntnisse:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fehlzeiten in den vergangenen zwölf Monaten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anforderungen der Stelle: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gesundheitliche Situation nach Einschätzung des/der Beschäftigten:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sonstiges:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_