

Datenblatt für das BEM-Verfahren

Name:

Vorgesetzte/-r:

Übliche Arbeitszeiten:

Vollzeit/Teilzeit:

Geburtstag:

Betriebszugehörigkeit:

Schwerbehinderung/Gleichstellung:

Ausbildung als:

Tätigkeiten in der Dienststelle:

Fehlzeiten:

Leistungseinschränkungen laut Betriebsarzt/-ärztin oder sonstiger ärztlicher Stellungnahme:

BEM-Erstkontakt am/durch:

BEM-Erstgespräch am/durch:

Einverständniserklärung für BEM liegt vor: ☐ Ja ☐ Nein

Sonstiges: