

## 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: