

BEM-Datenblatt

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Kostenstelle _____

Ausbildung/Qualifikation _____

Eintrittsdatum _____

Vorgesetzte*r _____

Einsatzort _____

Tätigkeit _____

Umfang der Arbeitszeit _____

schwerbehindert/gleichgestellt _____

Krankheitsbedingte Fehlzeiten _____

Gefährdungsbeurteilung liegt vor: ja nein

Ggf. Leistungseinschränkungen _____

Ggf. Gutachten _____

BEM-Erstkontakt am: _____ durch: _____

Einverständnis für das BEM liegt vor: ja nein

Anmerkungen aus dem Erst-Gespräch / Hinweise zum Verlauf des Verfahrens

