

BEM-Protokoll für das Erstgespräch

Ziel: Wiedereingliederung erkrankter Beschäftigter unter Berücksichtigung der krankheitsbedingten Vorgaben und der betrieblichen Möglichkeiten nach Zustimmung der*des Beschäftigten.

Datum des Gesprächs: _____

Teilnehmende: _____

1. Persönliche Daten	
Name, Vorname	
an der HS Gesundheit seit	

Die Einwilligung der Datennutzung liegt vor: ja nein

2. Ausfallzeiten	
krank seit voraussichtlich bis wieder im Dienst seit	
Prognose	
Sind Ihre AU-Tage auf der letzten 12 Monate auf die gleiche Ursache zurückzuführen?	
Ist Ihre Tätigkeit ursächliche für die Erkrankung?	
Hat die Erkrankung Auswirkung auf Ihre Tätigkeit?	
Worin bestehen die hauptsächlichen Belastungen bei der Ausübung Ihrer Arbeit? (z.B. Lärm, Zeitdruck, Arbeitsdichte, Über-/Unterforderung, Führung, Kollegenkreis, usw.)	
Welche Tätigkeiten können Sie nach Ihrer Einschätzung nicht mehr oder nur noch eingeschränkt ausüben?	
Mögliche Tätigkeiten (nach Angabe der*des Beschäftigten)	

Leistungseinschätzung gem. Betriebsärztlicher Dienst oder anderer ärztlichen Stellungnahme	
Ggf. Entbindung der*des behandelnden Ärzt*in von der Schweigepflicht gemäß beiliegender Anlage	

3. Bereits erfolgte Maßnahmen	
Was haben Sie bereits getan, um Ihre Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen?	
Wurde ansonsten bereits irgendetwas veranlasst?	

4. Denkbare Maßnahmen	
Eigene Vorschläge?	
Besteht Qualifizierungsbedarf in Bezug auf die aktuelle Stelle?	
Arbeitsplatz/-ablaufanalyse (ja/nein) Erneute Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes bzw. Überprüfung der Alten (ja/nein) Wenn ja, Datum und beteiligte Personen	
Prüfung alternativer Einsatzmöglichkeiten (ja/nein) Personen, die zu beteiligen sind: Kontaktaufnahme durch:	
Maßnahmen der stufenweisen Wiedereingliederung (ja/nein) Wenn ja, welche:	

Zuständige Ansprechperson für Stufenplan: Möglicher Beginn:	
Bei Schwerbehinderten, diesen Gleichstellten oder bei drohender Behinderung: Hinzuziehen der Vertretungen des Integrationsamtes bzw. des Integrationsfachdienstes (ja/nein)	

5. Weiteres Gespräch	
Beabsichtigtes Datum und teilnehmende Personen:	

6. Gibt es weiteres, was Sie uns mitteilen möchten?
6a) Wohin sollen die Unterlagen an Sie versandt werden? (privat/dienstlich)

BEM-Beauftragte*r

Beschäftigte*r

PR T&V / PRaB

Schwerbehindertenvertretung