

## Erklärung über Entbindung der Schweigepflicht im Rahmen des Betrieblichen Eingliederungsmanagements | BEM

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Vorgesetzte\*r \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert worden, dass die\*der BEM-Beauftragte\*r sowie die von mir darüber hinaus bestimmten beteiligten Personen für mein BEM die Aufgabe haben, mir dabei zu helfen, meine Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, erneuter Arbeitsunfähigkeit vorzubeugen sowie meinen Arbeitsplatz zu erhalten.

Um die dazu erforderlichen Maßnahmen ergreifen zu können, werden Informationen über meine Person und insbesondere über meine Arbeitsunfähigkeit benötigt. Ich habe zugestimmt, dass eine elektronische Speicherung und Verarbeitung meiner persönlichen Daten ausschließlich zum Zweck der Dokumentation und zur Erbringung von gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Hilfen vorgenommen wird.

Diese Erklärung erfolgte freiwillig und kann jederzeit von mir widerrufen werden. Mir wurde versichert, dass meine persönlichen Daten ohne mein ausdrückliches Einverständnis weder an meine/n Arbeitgeber\*in noch an Dritte weitergeleitet werden.

Daher entbinde ich

meine\*n Ärzt\*in \_\_\_\_\_

die mich betreuende Person \_\_\_\_\_

die\*den Betriebsärzt\*in \_\_\_\_\_

meine\*n Vorgesetzte \_\_\_\_\_

andere, nämlich \_\_\_\_\_

von der Schweigepflicht gegenüber \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der\*des Beschäftigten