
Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

Dienststelle

Wohnanschrift

Tel.: -----

Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) i. S. v. § 167 Absatz 2 Satz 1 SGB IX

Ich bin über die Ziele des BEM informiert worden. Es sollen unter meiner freiwilligen Teilnahme und Mitwirkung die Möglichkeiten herausgefunden werden, wie meine Dienst-/Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden und mit welchen Maßnahmen, auch welchen Leistungen und Hilfen erneuter Dienst-/Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und mein Arbeitsplatz erhalten werden kann.

Datum _____ Unterschrift _____

Ich bin darüber informiert, dass alle am BEM Beteiligten der Schweigepflicht unterliegen. In die Personalakten werden das Angebot zur Durchführung des BEM, meine Erklärung zur Einverständnis oder Ablehnung in die Durchführung, die Belehrung zum Datenschutz und der Vermerk zum Abschluss des BEM aufgenommen und wie Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen behandelt. Nach Abschluss des BEM sind diese Unterlagen in einem verschlossenen Umschlag aufzubewahren und entsprechend § 87 Abs. 2 ThürBG –wie andere Krankendaten- nach 5 Jahren aus der Personalakte zu entfernen und zu vernichten.

Alle weiteren Unterlagen und Daten, die bei der Durchführung eines BEM anfallen, kommen nicht zur Personalakte und sind während des BEM datenschutzgerecht aufzubewahren. Sie werden nach Durchführung des BEM vernichtet oder auf meinem Wunsch mir ausgehändigt. Hierzu werde ich nach Abschluss des BEM schriftlich um Stellungnahme gebeten. Werden zur Durchführung des BEM Dritte einbezogen, kann ich bestimmen, welche der personengebundenen Daten an diese weiter gegeben werden dürfen.

Datum _____ Unterschrift _____

Mit der Durchführung eines unverbindlichen Erstgesprächs zur Einleitung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements bin ich einverstanden.

Mit der Durchführung eines unverbindlichen Erstgesprächs zur Einleitung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements bin ich nicht einverstanden. Ich wünsche keine Durchführung eines betrieblichen Eingliederungsmanagements.

Nur bei Einverständnis:

Der Teilnahme der folgenden Personen am Erstgespräch stimme ich zu

- Personalvertretung
- Schwerbehindertenvertretung
- Gleichstellungsbeauftragte/r
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Suchtpräventionsbeauftragte/r
- Folgende weiteren Personen meines Vertrauens:

Ich bitte Sie, mit mir telefonisch einen Termin zu vereinbaren.

Datum

Unterschrift