

Zustimmungserklärung  
Name Beschäftigter

Ort, Datum

Anschrift

Dienststelle

### **Betriebliches Eingliederungsmanagement**

Ich bin über die Ziele des BEM aufgeklärt 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 über Art und Umfang der hierfür erforderlichen Daten hingewiesen. 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.

Mit der Durchführung eines Verfahrens zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

bin ich nicht einverstanden.

bin ich einverstanden.

Ich wurde über die Ziele des Betrieblichen Eingliederungsmanagements aufgeklärt und bin auf die Art und den Umfang der hierfür erforderlichen Daten hingewiesen.

Der Teilnahme der folgenden Personen am BEM stimme ich zu:

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

Datum

Unterschrift

---