BEM – DOKUMENTATIONSBOGEN

BEM-Berechtigte Person

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Personalnummer _____

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbestimmt

☐ Vollzeit ☐ Teilzeit _____ Std./Woche

Zuständige Führungskraft _____

Beschäftigt seit _____ als _____

Schwerbehindert ☐

Fehlzeiten

_____ bis _____ Tage: _____

_____ bis _____ Tage: _____

_____ bis _____ Tage: _____

_____ bis _____ Tage: _____

_____ bis _____ Tage: _____

BEM-Beteiligte

☐ Mitarbeiter(in) ☐ Arbeitgeber(in) ☐ Betriebsärztin/Betriebsarzt ☐ Personalvertretung

☐ IKK classic ☐ Rentenversicherung ☐ Unfallversicherung ☐ Integrationsamt

☐ Vertrauensperson

Sonstige _____

BEM-Verfahren

BEM-Einladung am _____ durch _____

BEM-Erstgespräch am _____ durch _____

Teilnahme erklärt am _____

BEM-Folgegespräch am _____ durch _____

BEM abgeschlossen am _____

IKK classic

Ergebnis