

# Gespräch nach § 84 Abs. 2 SGB IX

## BEM - betriebliches Wiedereingliederungsmanagement

Name	Vorname	Personalnummer

Sechs Wochen ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit ? ja  nein

Sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 12 Monaten ? ja  nein

Zustimmung des Mitarbeiters liegt vor ? ja  nein

Bemerkungen ? .....

Zusätzliche Teilnehmer erforderlich ? .....

### Beratung wie die Arbeitsunfähigkeit möglichst überwunden und wie erneuter Arbeitsunfähigkeit vorgebeugt und der Arbeitsplatz erhalten werden kann

Information über das BEM und die damit verbundenen Ziele

Welche Zusammenhänge zwischen Arbeitsunfähigkeit(en) und Tätigkeit liegen vor ?

Ergebnis : .....

.....

Liegen Einschränkungen vor und wenn ja welche ? / Welche Tätigkeiten kann die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter noch, nicht mehr, nicht in vollem Umfang an ihrem/seinen Arbeitsplatz ausführen ?

Ergebnis : .....

.....

Wie kann die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter weiterhin an ihrem/seinen Arbeitsplatz eingesetzt werden ?

Ergebnis : .....

.....

Welche Ziele / Vorstellungen hat die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter ?

Ergebnis : .....

.....

Welchen Unterstützungsbedarf hat die Mitarbeiterin/der Mitarbeiter ?

Ergebnis : .....

.....

**Vereinbarte Maßnahmen**

● Stufenweise Wiedereingliederung ?

● .....

● .....

● .....

● .....

● Keine Maßnahmen notwendig

**Sonstiges**

**Unterschriften und Bestätigung des Inhalts**

Datum : .....

MitarbeiterIn :  teilgenommen .....

Betriebsarzt :  .....

Abteilungsleitung :  .....

Personalwesen :  .....

.....  .....

.....  .....