

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Arbeitsbereich:**

**Teilnehmer/Teilnehmerinnen:**

**Gesprächsinhalt:**

*Kurze Darstellung über das BEM, die damit verbundenen Ziele und die verschiedenen Möglichkeiten des weiteren Vorgehens. Hinweis auf die Art und Umfang der hierfür erhobenen und verwendeten Daten. Klärung folgender Fragen:*

1. Liegen Einschränkungen vor und wenn ja, welche? (Welche Tätigkeiten kann der/die Mitarbeiter/in noch ausführen )

2. Wie kann der/die Mitarbeiter/in weiterhin an seinem/ihrem bisherigen Arbeitsplatz eingesetzt werden?

3. Welche Ziele und Vorstellungen hat der/die Mitarbeiter/in?

4. Welche Qualifikation hat der/die Mitarbeiter/in? Welche Alternativen sieht er/sie selbst im Rahmen ggf. anderweitiger Qualifikation?

| Freigabe GF | Geprüft | Bearbeiter | Version | Datum  | Seite         |
|-------------|---------|------------|---------|--------|---------------|
| Frau Busch  | QMB     | QMB        | 2.0     | 8/2023 | Seite 1 von 2 |

Ich habe folgende Leistung beantragt / mir wurde von einem Reha-Träger folgende Leistung bewilligt:

**Vereinbarte Maßnahmen:**

Im Ergebnis wurden folgende Schritte und Maßnahmen zur Wiederherstellung der Arbeits- /Dienstfähigkeit/ zur Vermeidung einer erneuten Arbeits-/Dienstunfähigkeit einvernehmlich abgestimmt :

- weitere Maßnahmen sind nicht erforderlich
- Betriebsinterne Maßnahmen Änderung der Gestaltung des Arbeitsplatzes
- Modifizierung der Aufgaben am Arbeitsplatz
- Vorübergehende Teilzeitarbeit
- Umsetzung Schulung, Weiterbildung zur gesundheitsschonenden Ausführung der Aufgaben
- Sonstige:

Ludwigshafen, den

Unterschrift Arbeitnehmer .....

Unterschrift Arbeitgeber.....

Unterschrift Mitarbeitervertretung .....

| Freigabe GF | Geprüft | Bearbeiter | Version | Datum  | Seite         |
|-------------|---------|------------|---------|--------|---------------|
| Frau Busch  | QMB     | QMB        | 2.0     | 8/2023 | Seite 2 von 2 |