

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/ihrer bisherigen Arbeitsplatz ein- gesetzt 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	September 2024	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	September 2024	Seite 2 von 2