

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: _____

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 _____

Ergebnis

