



## Folgegespräch zum betrieblichen Eingliederungsmanagement

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Gesprächsleitung BEM \_\_\_\_\_

Name der / des Beschäftigten \_\_\_\_\_

Arbeitsbereich \_\_\_\_\_

Gegenwärtige Tätigkeit \_\_\_\_\_

Haben Sie seit unserem letzten Gespräch noch Probleme bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit?

Ja     Nein

Beschreiben Sie bitte Ihre Tätigkeiten.

---

---

---

Worin bestehen die hauptsächlichen Belastungen bei der Ausübung Ihrer Tätigkeit (Lärm, Zeitdruck, Arbeitsdichte, Überforderung, etc.)?

---

---

---

Welche Tätigkeiten können Sie nicht mehr ausüben?

---

---

---

Befinden Sie sich derzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja       Nein

Bemerkungen

---

---

---

Welche vereinbarten Maßnahmen wurden bis jetzt durchgeführt und von wem?

---

---

---

---

Sind die Maßnahmen so umgesetzt worden, dass Sie den Arbeitsanforderungen wieder entsprechen können?

Ja       - das BEM kann nun beendet werden!

Nein       - warum nicht?

---

---

---

Können wir Sie noch weiter unterstützen?

---

---

Werden weitere Verabredungen getroffen, wird ein neuer Termin vereinbart!

Gesprächsdauer \_\_\_\_\_

Ggf. neuer Termin \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass die Daten als Grundlage für ein Gespräch des Integrationsteams verwendet werden.

Hiermit bestätige ich, dass die gemachten Angaben im BEM Gespräch von mir durchgesehen und für richtig befunden wurden.

Ort und Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Mitarbeiter / -in \_\_\_\_\_

Unterschrift Gesprächsleiter \_\_\_\_\_

Unterschrift Beteiligte \_\_\_\_\_

Unterschrift Beteiligte \_\_\_\_\_