

Datenblatt für das BEM

Name: _____

Vorname: _____

Personal-Nr.: _____

Kostenstelle: _____

Vorgesetzter: _____

Schicht: _____

Vollzeit/Teilzeit: _____

Geburtstag: _____

Betriebszugehörigkeit: _____

schwerbehindert/

gleichgestellt: _____

Ausbildung: _____

Tätigkeiten im Unternehmen:

Fehlzeiten: _____

Leistungseinschränkungen laut Betriebsarzt oder sonstiger ärztlicher Stellungnahme:

BEM-Erstkontakt am/durch: _____

BEM-Erstgespräch am/durch: _____

Einverständniserklärung für BEM liegt vor:

Sonstiges: _____

