

Dokumentation Übersicht BEM

Name, Vorname

Geburtsdatum

- männlich
- weiblich

Personalnummer / Kostenstelle / Führungskraft

- Vollzeit
- Teilzeit (Stunden)
- Schichtdienst

Betriebszugehörigkeit seit _____ schwerbehindert/gleichgestellt

Qualifikation: _____

Derzeitige Tätigkeit: _____

Bisherige Tätigkeiten im Betrieb: _____

Beteiligte externe Partner

- AOK
- Andere Krankenkasse
- Unfallversicherungsträger
- Deutsche Rentenversicherung
- Agentur für Arbeit
- Integrationsamt

Fehlzeiten:

von _____	bis _____	(Tage)
von _____	bis _____	(Tage)
von _____	bis _____	(Tage)
von _____	bis _____	(Tage)
von _____	bis _____	(Tage)
von _____	bis _____	(Tage)
von _____	bis _____	(Tage)
von _____	bis _____	(Tage)

Bitte halten Sie beim Umgang mit personenbezogenen Daten die geltenden Datenschutzgesetze ein. Lesen Sie hierzu die Arbeitshilfe 5 „Datenschutzerklärung“ unter [aok.de/fk/bem](https://www.aok.de/fk/bem).