

Dokumentation zum Beratungsgespräch im BEM

Datum	Name, Vorname
Geburtsdatum	Personalnummer

Beteiligte: _____

1. Einführung in das Gesprächsthema, Ergebnis des Erstgesprächs und aktueller Überblick über die Situation und weitere Unterstützung der Arbeitsfähigkeit.

2. Sind die bisherigen Maßnahmen ausreichend/erfolgreich?

- Ja
- Nein. Wenn nicht, warum?

3. Erkundigung nach dem aktuellen Befinden:

Was kann die BEM-berechtigte Person darüber hinaus für sich tun, um die eigene Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern?

Was können der Arbeitgeber und die direkte Führungskraft darüber hinaus für die BEM-berechtigte Person tun, um die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen, zu erhalten und zu fördern?

4. Weitere Vorschläge oder Maßnahmen zur gesundheitsfördernden Veränderung:

5. Können weitere Sozialleistungsträger (zum Beispiel AOK, Rentenversicherungsträger) und/oder Sachverständige (zum Beispiel BGF-Beauftragte) unterstützend eingebunden werden?

Ja. Wenn ja, wie: _____

Nein

6. Weiteres Vorgehen: _____

7. Folgetermin: _____

8. Es sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich. Das BEM wird beendet.

9. Anmerkungen:

Unterschrift des Arbeitgebers oder der BEM-beauftragten Person
Hinweis: Der oder die Beschäftigte erhält eine Kopie dieses Dokuments.

Unterschrift der oder des Mitarbeitenden

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).