

# Dokumentation zum Folgegespräch im BEM

\_\_\_\_\_  
Datum                      Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum          Personalnummer

**Beteiligte** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**1. Einführung in das Gesprächsthema, Ergebnis des Erstgesprächs und aktuelle Sachverhaltsdarstellung.**

**2. Sind die bisherigen Maßnahmen ausreichend/erfolgreich?**

- Ja
- Nein. Wenn nicht, warum nicht?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Kann der Arbeitgeber darüber hinaus dazu beitragen, die aktuelle Arbeitsunfähigkeit zu beenden oder einer erneuten Arbeitsunfähigkeit aufgrund der gleichen Ursache vorzubeugen?**

- Ja, mit \_\_\_\_\_
- Nein, weil \_\_\_\_\_

**4. Weitere Vorschläge oder Maßnahmen zur gesundheitsfördernden Veränderung der Arbeitsbedingungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Ja. Wenn ja, wie

---

---

---

Nein

**6. Weiteres Vorgehen**

---

---

---

---

**7. Folgetermin**

---

8.  Es sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich/Beendigung des BEM.

**9. Anmerkungen**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Unterschrift des Arbeitgebers/des BEM-Beauftragten  
Hinweis: Der/die Mitarbeiter/-in erhält eine Kopie.

Unterschrift des Mitarbeiters

**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://aok.de/fk/bem).**