

# Dokumentation Übersicht BEM

Name, Vorname

Geburtsdatum

Männlich  
Weiblich  
Divers  
Unbestimmt

Personalnummer/Kostenstelle/Führungskraft

Vollzeit  
Teilzeit (    Stunden)  
Schichtdienst

Betriebszugehörigkeit seit \_\_\_\_\_ schwerbehindert oder gleichgestellt

Qualifikation: \_\_\_\_\_

Derzeitige Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Bisherige Tätigkeiten im Betrieb: \_\_\_\_\_

## 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)

## Beteiligte Externe

AOK  
Andere Krankenkasse  
Unfallversicherungsträger  
Deutsche Rentenversicherung  
Agentur für Arbeit  
Integrationsamt  
Integrationsfachdienst beziehungsweise  
Berufsbegleitender Dienst

**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).**