



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: _____

Fehlzeiten:

von	bis	(	Tage)	|	von	bis	(	Tage)
von	bis	(	Tage)	|	von	bis	(	Tage)
von	bis	(	Tage)	|	von	bis	(	Tage)

Beteiligte externe Partner

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

Bitte halten Sie beim Umgang mit personenbezogenen Daten die geltenden Datenschutzgesetze ein. Lesen Sie hierzu die Arbeitshilfe 5 „Datenschutzerklärung“ unter aok.de/fk/bem.





Leistungseinschränkungen:

Art: _____

festgestellt durch _____ am _____

BEM-Grundlagen:

BEM-Erstkontakt am _____ durch _____

BEM-Erstgespräch am _____ durch _____

Einverständniserklärung vom _____ Folgegespräch am _____

Anmerkungen: _____

BEM abgeschlossen am _____

Ergebnis _____

