## Einverständniserklärung zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

*Name, Geburtstag und Wohnort der Mitarbeiterin*

Ich bin über Inhalt und Zweck des Betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM) informiert worden. Zu diesem Zweck wurde mir ein Informationsschreiben

ausgehändigt.

Mir ist bekannt, dass ohne meine Einwilligung keine personenbezogenen Daten (z.B. Name, Geburtsdatum, Adresse, gesundheitliche Verhältnisse) oder sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf meine Person zulassen, erhoben oder an Dritte weitergeleitet werden. Ich willige der Erhebung und Verwendung meiner Daten im Rahmen des BEM ein.

Ich möchte am BEM teilnehmen.

Mir ist bekannt, dass für die erfolgreiche Durchführung eines BEM neben meinem Arbeitgeber und dem Rehabilitationsträger auch die Einbindung weiterer Personen und Institutionen sinnvoll sein kann.

Ich wünsche die Beteiligung

* der MAV ja/nein
* des Schwerbehindertenvertreters ja/nein
* des Betriebsarztes ja/nein
* des Integrationsfachdienstes ja/nein
* des Ansprechpartners der Dt. Rentenversicherung ja/nein
* meines behandelnden Arztes ja/nein
* des Integrationsamtes ja/nein
* der Reha-Einrichtung ja/nein
* der Fachberatung des Caritasverbandes ja/nein

 *Nichtzutreffendes bitte streichen*

Soweit für das Verfahren zum BEM erforderlich, entbinde ich meinen Arbeitgeber von seiner Verschwiegenheitspflicht gegenüber den o. g. Personen.

Ich bin damit einverstanden, dass die am BEM beteiligten Personen und Institutionen im erforderlichen Umfang Informationen auch untereinander austauschen.

Sofern für die Durchführung des BEM medizinische Unterlagen und Auskünfte benötigt werden, entbinde ich meinen behandelnden Arzt/ meine behandelnden Ärzte insoweit von seiner/ ihrer ärztlichen Schweigepflicht. (Name und Anschrift des behandelnden Arztes/ der behandelnden Ärzte) ja/nein

 *Nichtzutreffendes bitte streichen*

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme am BEM freiwillig ist und dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zurücknehmen kann. Unter diesen Voraussetzungen erkläre ich mein Verständnis zur Teilnahme am BEM.

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

Ort und Datum Unterschrift des Beschäftigten