**Datenblatt für das Betriebliche Eingliederungsmanagement**

Name:

Vorname:

Geschlecht:

ggf. Grad der Behinderung:

Personal-Nr.:

Direkte(r) Vorgesetzte(r):

Tätigkeiten in der Dienststelle:

Fehlzeiten:

BEM-Erstkontakt am/durch:

Es besteht Einverständnis mit einem BEM ja/nein (siehe Anlage):

**Maßnahmen:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum  | Maßnahme  | Ergebnis  |
|  |  |  |

BEM abgeschlossen am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Unterschrift Lehrkraft/Verwaltungsangestellte Unterschrift Schulleitung