

Muster: Einwilligungserklärung des Arbeitnehmers zur Durchführung eines Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) nach § 167 Abs. 2 SGB IX

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Ich nehme Ihr Gesprächsangebot zur Durchführung eines BEM i. S. v. § 167 Abs. 2 SGB IX an.

Ich möchte das Gespräch unter Beteiligung eines Mitglieds des Betriebsrats führen:

- ☐ ja
☐ nein

Sofern der/die Arbeitnehmer/in schwerbehindert oder gleichgestellt ist und im Betrieb eine Schwerbehindertenvertretung besteht:

Ich möchte das Gespräch unter Beteiligung eines Mitglieds der Schwerbehindertenvertretung führen:

- ☐ ja
☐ nein

Bei Schwerbehinderten oder Gleichgestellten:

Ich möchte das Gespräch unter Beteiligung eines Vertreters des Integrationsamtes führen:

- ☐ ja
☐ nein

Ich möchte das Gespräch unter Beteiligung einer Vertrauensperson eigener Wahl führen:

- ☐ ja
☐ nein

falls ja: Benennung der Vertrauensperson:

Mir ist bewusst und ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen des BEM insbesondere folgende Informationen verarbeitet werden:

- Personal- und Sozialdaten: Name, Geburtsdatum, Beschäftigungsdauer, Schwerbehinderung/Gleichstellung etc.
- Daten zu Fehlzeiten: Anzahl und Verteilung der Arbeitsunfähigkeitstage in den letzten zwölf Monaten und in den vorangegangenen Zeiträumen, Arbeitsunfälle etc.
- Gesundheitsdaten (insbesondere im Sinne von Art. 9 Abs. 2 a) DS-GVO): Medizinisch diagnostische Daten, bestehende Leistungspotenziale, gesundheits- oder schwerbehinderungsbedingte Leistungseinschränkungen, Gesundheitszustand, Kuren, Heilbehandlungen, Krankheitsursachen, ärztliche Atteste etc.
- Tätigkeitsdaten: Ausgeübte Tätigkeit, Arbeitsplatz- und Tätigkeitsanalysen, Gefährdungsbeurteilungen, Arbeitsschutzdaten, berufliche Qualifizierung etc.
- Verfahrensdaten: Verläufe und Ergebnisse von BEM-Verfahren (Maßnahmen und Verantwortlichkeiten), von Arbeitsversuchen und von Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung sowie sonstiger arbeitsplatzbezogener Maßnahmen, innerbetriebliche Umsetzung, Anpassungen des Arbeitsplatzes oder der Arbeitsbedingungen etc..

Ich bin über Inhalt und Zweck des BEM im Einladungsschreiben informiert worden.

Mit ist bekannt, dass ohne meine Einwilligung keine personenbezogenen Daten oder sonstige Angaben, welche Rückschlüsse auf meine Person zulassen, an Dritte weitergeleitet werden.

Ausschließlich die am BEM beteiligten Personen haben Zugang zu meinen Daten. Diese im Rahmen des BEM erhobenen Daten werden in einer gesonderten BEM-Akte aufbewahrt und nur für Ziele des BEM genutzt. Die am BEM beteiligten Personen sind auf das Datengeheimnis verpflichtet.

Soweit für das Verfahren zum BEM erforderlich, entbinde ich meinen Arbeitgeber von seiner Verschwiegenheitspflicht gegenüber:

- | | |
|---|---|
| ☐ Betriebsrat | ☐ ggf. Schwerbehindertenvertretung |
| ☐ Betriebsarzt | ☐ Reha-Berater |
| ☐ Reha-Einrichtung | ☐ meine behandelnden Ärzte |
| ☐ Integrationsamt, ggf. auch
andere Rehabilitationsträger | ☐ ggf. Vertrauensperson |

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 insoweit von seiner Schweigepflicht.
(Dies ist freiwillig.)

(Name und Anschrift des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärzte:)

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an einem BEM freiwillig ist und dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angabe von Gründen für die Zukunft widerrufen kann.

Unter den genannten Voraussetzungen erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme am BEM.

Ort/Datum)

(Unterschrift des Beschäftigten)