

**Frau/Herr**

**Dienststelle**

**Tätigkeit**

---

Erklärung zur Teilnahme am

**Betrieblichen EingliederungsManagement (BEM), § 167 Abs. 2 SGB IX**

**Entweder**

**Ich möchte an einem BEM teilnehmen.**

☐ **Ja**

Ich bin damit einverstanden, dass mein(e) Vorgesetzte(r) an dem Gespräch teilnimmt.

☐ ja

☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass ein Mitglied der Mitarbeitervertretung an dem Gespräch teilnimmt.

☐ ja

☐ nein

Ich möchte, dass eine Vertrauensperson meiner Wahl an dem Gespräch teilnimmt.

☐ ja

☐ nein

**Nur bei Schwerbehinderung oder Gleichstellung:**

Ich bin damit einverstanden, dass die Vertrauensperson der Schwerbehinderten an dem Gespräch teilnimmt.

☐ ja

☐ nein

Ich bin damit einverstanden, dass die Fachberatung des Integrationsfachdienstes an dem Gespräch teilnimmt.

☐ ja

☐ nein

Zu Ausbildungszwecken kann es sein, dass eine Hospitantin an den BEM-Gesprächen teilnimmt.

Damit bin ich einverstanden

☐ ja

☐ nein

**Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an einem BEM freiwillig ist und dass ich meine Einverständniserklärung jederzeit und ohne Angaben von Gründen für die Zukunft zurücknehmen kann, ohne dass mir dadurch innerbetriebliche Nachteile entstehen.**

**ODER**

**Ich möchte an einem BEM teilnehmen.**

☐ **Nein**

**Ich bin über Inhalt und Zweck des BEM informiert worden.**

Berlin, den

---

Unterschrift des Beschäftigten

### **Hinweise zur Datenverarbeitung:**

Mir ist bekannt, dass mein Arbeitgeber im Rahmen des **Betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM)** erforderliche personenbezogene Daten, insbesondere Schwerbehinderung oder Gleichstellung soweit mitgeteilt, Verlauf und Ergebnis von Arbeitsversuchen, Leistungseinschränkungen, Zusammenhang zu betrieblichen Abläufen, mögliche Maßnahmen erhebt und verwendet im Hinblick auf meine Einsatzmöglichkeiten im Betrieb. Ärztliche Angaben zu Krankheitsdiagnosen werden nicht erhoben. Soweit sensible Gesundheitsdaten freiwillig offengelegt werden, werden diese Angaben im Rahmen des BEM streng vertraulich behandelt. Betriebliche Eingliederungsgespräche werden nur von der BEM-Beauftragten dokumentiert und die Gesprächsprotokolle in einem BEM-Akten-Verschluss aufbewahrt. Der Mitarbeitende erhält ein Exemplar für seine Unterlagen.

Mit ist bekannt, dass die Teilnehmenden des BEM-Verfahrens, an die eine Weitergabe meiner personenbezogenen Daten und der Gesundheitsdaten (insbesondere Name, Geburtsdatum, Adresse, gesundheitliche Verhältnisse) erfolgt, zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet sind und zum Umgang mit personenbezogenen Daten geschult sind und auf das Datengeheimnis hingewiesen wurden.

Zur Verarbeitung dieser Daten im Rahmen des BEM sind wir gem. Art. 88 Abs. 1 DS-GVO iVm § 26 Abs. 1 BDSG und Art. 9 Abs. 2 Buchst. b DS-GVO iVm § 26 Abs. 3 und Abs. 4 BDSG berechtigt.

Welche weiteren Daten im Verlauf eines BEM verarbeitet werden, hängt sehr stark vom individuellen Fall ab. Grundsätzlich gilt für das BEM insgesamt, dass nur solche Daten verarbeitet werden, deren Kenntnis erforderlich ist, um ein zielführendes der Genesung und der Gesunderhaltung dienendes BEM durchzuführen. Soweit für die Rechtmäßigkeit der Datenverarbeitung Ihr Einverständnis erforderlich sein wird, werden wir Sie gegebenenfalls hierüber benachrichtigen und nach Ihrer Erlaubnis fragen.

Ich bin über die Freiwilligkeit der gemachten Angaben, die Datenverarbeitung und Nutzung hingewiesen worden.

**Ich erkläre mich mit der zweckgebundenen Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, insbesondere meiner Gesundheitsdaten, im Hinblick auf meine arbeitsseitigen Einsatzmöglichkeiten im Betrieb und ggf. freiwillig offengelegter Gesundheitsdaten durch die Teilnehmer des BEM (ggf. des Integrationsamtes und des Integrationsfachdienstes, ggf. eines Vertreters des Sozialversicherungsträgers, ggf. des Vertrauensarztes) einverstanden.**