

**Gesprächsleitfaden und Protokoll zur Dokumentation
des Eingliederungsgesprächs (1. Kontakt)**

Name:	Abteilung:	Eingliederungsgesprächs am:
Vorname:	Derzeitige Tätigkeit:	Kontakt durch:
Geburtsdatum:	Arbeitsunfähig seit:	Hinzuziehung von BR und SbV gewünscht:
Telefon:	Anzahl AU-Tage:	Gespräch nicht erforderlich da:

Zu klärende Aspekte bezüglich der Erkrankung/ der gesundheitlichen Beeinträchtigung des/der Beschäftigten	Bemerkungen/ Vereinbarungen
Wie fühlt sich der/ die Beschäftigte? Welche konkreten Beschwerden und Einschränkungen liegen vor?	
Seit wann liegen die Beschwerden/ Einschränkungen vor?	
Worin werden mögliche Ursachen der Erkrankung/ der gesundheitlichen Beeinträchtigung gesehen?	
<ul style="list-style-type: none"> • Bei aufsummierten AU- Tagen: Sind die Erkrankungen/ gesundheitlichen Einschränkungen auf unterschiedliche Ursachen zurückzuführen (z. B. Sportverletzung, Grippe etc.)? → Ja/ Nein; Wenn ja, auf welche? Wenn nein ↓ 	
<ul style="list-style-type: none"> • Ist die Erkrankung/ gesundheitliche Beeinträchtigung auf einen Arbeitsunfall zurückzuführen? → Ja/ Nein; Wenn ja, auf welchen? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wird die Erkrankung/ gesundheitliche Beeinträchtigung auf ungünstige Arbeitsbedingungen zurückgeführt? → Ja/ Nein; Wenn ja, auf welche? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Wird die Möglichkeit gesehen, die Erkrankung/ gesundheitliche Beeinträchtigung durch konkrete Verbesserungen der Arbeitssituation zu 	

Zu klärende Aspekte bezüglich der Erkrankung/ der gesundheitlichen Beeinträchtigung des/der Beschäftigten	Bemerkungen/ Vereinbarungen
überwinden (z. B. in bezug auf Arbeitszeitregelungen)? → Wenn ja, durch welche?	
<ul style="list-style-type: none"> • Liegen Probleme hinsichtlich der Arbeitszufriedenheit vor? → Ja/ Nein; Wenn ja, welche Ursachen werden diesbezüglich benannt? 	
<ul style="list-style-type: none"> • Liegen private Probleme vor, die für die Erkrankung/ gesundheitliche Beeinträchtigung (mit)verantwortlich gemacht werden (z. B. psychische Probleme)? → Ja/ Nein; Wenn ja, welche? 	
Ist ein Fremdverschulden auszuschließen? → Ja/ Nein; Wenn nein, um welche Art des Fremdverschuldens handelt es sich?	
Kann davon ausgegangen werden, dass der/ die Beschäftigte seiner/ ihrer bisherigen Tätigkeit wieder ohne Einschränkungen nachgehen kann? → Ja/ Nein; Wenn nein, welche Einschränkungen liegen vor?	
Falls die vorangehende Frage mit nein beantwortet wurde: Mit welcher Unterstützung kann die Arbeitsunfähigkeit überwunden werden? (BG, Krankenkasse, Integrationsamt)	
Erscheint eine stufenweise Eingliederung durch die SbV notwendig (Ja/ Nein; falls nein, Begründung)	
Werden andere, zusätzliche Aufgaben als betriebliche Eingliederung gewünscht? → Ja/ Nein; Wenn ja, welche?	

Zu klärende Aspekte bezüglich der Erkrankung/ der gesundheitlichen Beeinträchtigung des/der Beschäftigten	Bemerkungen/ Vereinbarungen
Informationen/ Maßnahmen zum BEM	Bemerkungen/ Vereinbarungen
<ul style="list-style-type: none"> • Die Information des/der Beschäftigten erfolgte zum Ziel, zu den Inhalten sowie zur idealtypischen Vorgehensweise des BEM 	
<ul style="list-style-type: none"> • Mögliche Ursachen für die Erkrankung des/ der Beschäftigten wurden ermittelt 	
<ul style="list-style-type: none"> • Eine Untersuchung des/ der Beschäftigten durch den Betriebsarzt/ die Betriebsärztin wurde vereinbart 	Vereinbarter Untersuchungstermin:
<ul style="list-style-type: none"> • Eine gemeinsame Diskussion über mögliche Eingliederungsmaßnahmen im Rahmen eines Gesprächs mit dem Vorgesetzten und sowie weiteren inner- und außerbetrieblichen Akteuren (z.B. BR, BA, Integrationsamt) wurde angeboten. 	Das Angebot wurde angenommen ___/ abgelehnt___ Das Folgegespräch findet mit nachstehenden Teilnehmer/innen _____ an folgendem Tag und Ort statt _____.
<ul style="list-style-type: none"> • Es gelten sonstige Vereinbarungen 	