Einwilligung des Mitarbeiters

- **zur Teilnahme am betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM)**
- **zur Verwendung personenbezogener Daten im Rahmen von Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements (§ 167 Abs. 2 SGB IX)**

Einwilligung zum BEM-Verfahren vom …….

Ich bin über Inhalt und Zweck des betrieblichen Eingliederungsmanagements (BEM) informiert worden und möchte am BEM teilnehmen.

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 zurücknehmen kann.

Unter diesen Voraussetzungen erkläre ich mein Einverständnis zur Teilnahme am BEM.

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	ggf. Personal-Nr.

_____

Anschrift

Weiterhin erkläre ich mich damit einverstanden, dass im Rahmen des BEM diejenigen personenbezogenen Daten durch den Dienstgeber verarbeitet werden, die zur Durchführung des betrieblichen Eingliederungsmanagements erforderlich sind.

Datenverarbeitung meint die Erhebung, Speicherung und Verwendung der Daten für Zwecke des BEM.

Erforderliche persönliche Daten sind:

- Name, Geburtsdatum,
- Ausbildung, Qualifikation,
- Beschäftigungsbeginn,
- Kostenstelle, der ich zugeordnet bin,
- aktuelle bzw. zuletzt ausgeübte Tätigkeit,
- Umfang und Lage meiner regelmäßigen Arbeitszeit,
- eine etwaige Schwerbehinderung oder Gleichstellung,
- Übersicht über Fehlzeiten,
- Einschränkungen meiner Tätigkeit bzw. Arbeitsplatzes, die aus dem Gesundheitszustand resultieren,
- meine Angaben zu Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und Arbeitsanforderungen.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass zur Durchführung des BEM personenbezogene Daten über den Fortgang des BEM verarbeitet werden. Dazu gehören Daten über den Verlauf und die Ergebnisse der Gespräche im Rahmen des BEM, den Verlauf und das Ergebnis von Arbeitsversuchen, über Maßnahmen zur stufenweisen Wiedereingliederung oder über innerbetriebliche Umsetzungen.

Ich bin nicht verpflichtet im Rahmen des BEM Krankheitsdiagnosen und Informationen über meinen Gesundheitszustand mitzuteilen, die für die Durchführung des BEM nicht erforderlich sind.

Ich bin auf Folgendes hingewiesen worden:

- Meine personenbezogenen Daten werden nur für die Durchführung des BEM verwendet und nur den Teilnehmenden der BEM-Gespräche bekannt gegeben. Diese Personen sind zur Verschwiegenheit verpflichtet.
- Alle im Zusammenhang mit dem BEM erhobenen Daten werden verschlossen in der separaten BEM-Akte für 25 Monate, gerechnet vom Abschluss des BEM-Verfahrens, aufbewahrt. Zugriff auf diese Daten hat nur der BEM-Verantwortliche. Ich habe das Recht, Einblick in die BEM-Unterlagen zu nehmen.
- Die Einladung, und ggf. die Ablehnung werden offen zur Personalakte genommen. Ebenfalls werden, bei Durchführung des BEM, das Gesprächsprotokoll und der Maßnahmenplan zur Personalakte hinzugefügt. Sollte beim Erstgespräch das BEM mit beiderseitigem Einverständnis eingestellt werden, wird dies im Gesprächsprotokoll vermerkt.
- Ich habe das Recht, diese Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen. Den Widerruf der Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich (per E-Mail, Fax, Post oder persönliche Übergabe) gegenüber dem BEM-Verantwortlichen erklären.
- Mir ist bekannt, dass ein Widerruf meiner Einwilligung nur Wirkung für die Zukunft entfaltet. Die Datenverarbeitung, die auf Grundlage der Einwilligung bis zur Erklärung meines Widerrufs erfolgte, bleibt rechtmäßig.

Berlin, _____ _____

Ort, Datum Unterschrift