

Eingliederungsplan

im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX

Name, Vorname: _____

Vorgesetzte/r: _____

Bemerkung:

Ort und Datum Teilnehmer/in

Ort und Datum Beauftragte/r der Dienststellenleitung

Aufgaben des / der Beschäftigten			
Was?	mit wem?	bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk

Diagnostische Maßnahmen					
Betriebliche Maßnahmen	Wer?	macht was?	mit wem?	bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
	Beauftragte/r der Dienststellenleitung				
	Unmittelbare/r Vorgesetzte/r				
	Betriebsarzt/-ärztin				
	Schwerbehindertenvertretung				
	Andere				

Eingliederungsplan

im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX

Verhaltensbezogene Maßnahmen					
Betriebliche Maßnahmen	Wer?	macht was?	mit wem?	bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
	Beauftragte/r der Dienststellenleitung				
	Unmittelbare/r Vorgesetzte/r				
	Betriebsarzt/-ärztin				
	Schwerbehindertenvertretung				
	andere				

Verhältnisbezogene Maßnahmen (technisch und arbeitsorganisatorisch)					
Betriebliche Maßnahmen	Wer?	macht was?	mit wem?	bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
	Beauftragte/r der Dienststellenleitung				
	Unmittelbare/r Vorgesetzte/r				
	Betriebsarzt/-ärztin				
	Schwerbehindertenvertretung				
	andere				

Eingliederungsplan

im Rahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements gemäß § 84 Abs. 2 SGB IX

Außerbetriebliche Maßnahmen	Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation				
	Wer?	macht was?	mit wem?	bis wann?	Bemerkungen/ Erledigungsvermerk
	Maßnahmen der Gesundheitsförderung				
	Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation				
	Sonstige Maßnahmen				