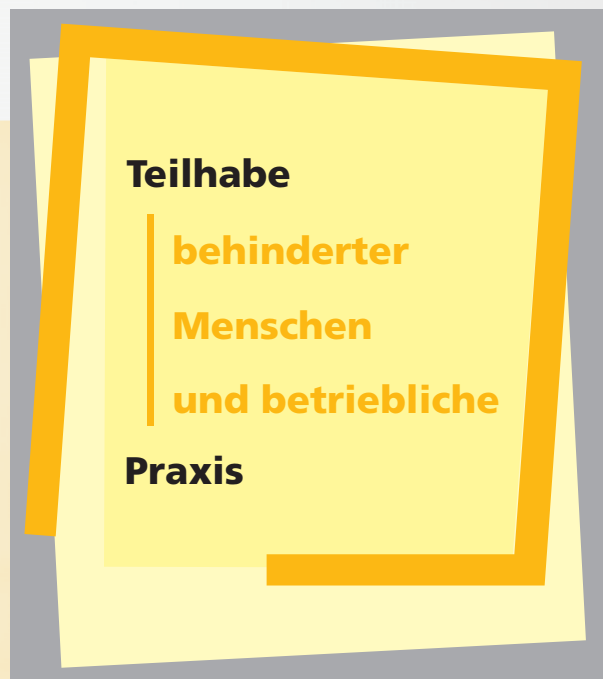


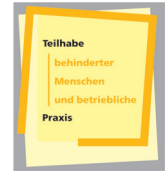
Maßnahmenblätter zur Wiedereingliederung

Opel Eisenach GmbH



Sozialpolitik

Vereinte
Dienstleistungs-
gewerkschaft



Maßnahmeblatt zur Wiedereingliederung nach werkärztlicher Beurteilung

Wiedereingliederung nach Attestvorlage – vom BI auszufüllen und an Werkarzt und Personalleiter weiterleiten, wenn im eigenen Bereich zur Zeit keine Wiedereingliederung ermöglicht werden konnte.

Name, Vorname

Kost.St./ Stamm-Nr.

Datum

Stellungnahme (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Die gesundheitliche Einschränkung der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters werden bei den ausgeübten Tätigkeiten berücksichtigt.

- im eigenen Team im eigenen Bereich bereichsübergreifend *

Aufgrund der werkärztlichen Beurteilung sind folgende Maßnahme getroffen worden:

Die beschriebenen Maßnahme gelten voraussichtlich bis zum: _____

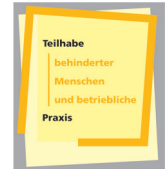
- * Im eigenen Bereich ist aufgrund der attestierten Einschränkungen zur Zeit keine Weiterbeschäftigung möglich. Eine Umsetzung wird deshalb notwendig.

Begründung: _____

- * Umgehende Information an Werkarzt/ Personalleiter

	Datum	Unterschrift
BI		
SBL		
Ergonomie/Arbeitssicherheit		
MitarbeiterIn		
dezent. Personalverantwortliche		
Betriebsrat/Schwerbehindertenvertretung		





Maßnahmeblatt - Wiedereingliederung und Betreuung durch begleitende Hilfe

(Eingliederungshilfe für das Integrationsteam. Ziel ist grundsätzlich die Wiedereingliederung im Heimatteam.)

Name, Vorname	
Maßnahme	1. Belastungsereprobung 2. Wiedereingliederung in Erwerbstätigkeit

Kost.St./Schicht

Stammnummer

Datum-Start der _____ **1. Maßnahme** _____ **2. Maßnahme** _____

Betreuung durch begleitende Hilfe (Integrationsteam)		
Werkärztin, TS, BI, SBL, Ergonomiebeauftragter, BKK		
Personalabteilung		
Unterschriften der Beteiligten		
Welche Voraussetzungen werden im Arbeitsbereich am Arbeitsplatz benötigt?	kurze Beschreibung	
Welche Arbeitsplätze sind geeignet?	kurze Beschreibung	
Eingliederungsverlauf/Schritte	kurze Beschreibung	
Persönliche und werksärztliche Zustimmung	Datum/Unterschriften	
Wiedereingliederung abgeschlossen – ja/nein		
Datum	Unterschrift MitarbeiterIn u. direkter Vorgesetzter	

