**Vereinbarung über den Schutz persönlicher Daten im Rahmen von Maßnahmen des betrieblichen Eingliederungsmanagements**

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Personal-Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Kostenstelle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Vorgesetzter: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die **Fa.**

vertreten durch

**BEM-Koordinator/-in**

und

**Frau/Herr Mustermann**

schließen folgende Vereinbarung über die Mitwirkung am betrieblichen Eingliederungsmanagement (BEM):

Der Mitarbeiter/Die Mitarbeiterin willigt ein, dass ausschließlich die Angaben, die im Rahmen des BEM entsprechend der Dienstvereinbarung vom xx.xx.xxxx erhoben und auf dem Datenblatt (siehe Anlage) dokumentiert werden, den Mitgliedern des BEM-Teams zum Zwecke seiner/ihrer Eingliederung bekannt gemacht werden.

Der Mitarbeiter/Die Mitarbeiterin ist darüber informiert, dass die Mitglieder des BEM-Teams zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet sind.

Es werden im Rahmen des BEM außer den im Datenblatt angeführten Informationen gegebenenfalls folgende weitere Informationen erhoben und zum Zwecke des BEM verwendet:

* Protokoll über Arbeitsversuche: Verlauf und Ergebnis
* Protokoll über Verlauf und Ergebnis von Maßnahmen zur stufenweise Wiedereingliederung

Eine Weitergabe von Daten, die im Rahmen des BEM erhoben worden sind, an Dritte (wie z.B. Einrichtungen der Rehabilitation) erfolgt nur nach vorheriger Zustimmung des Mitarbeiters/der Mitarbeiterin.

Der Mitarbeiter/Die Mitarbeiterin ist belehrt worden über die Freiwilligkeit der gemachten Angaben, die Datenspeicherung, -veränderung und -nutzung. Er/Sie ist darauf hingewiesen worden, dass er/sie Einsicht in alle Urkunden und Dokumente, die seine/ihre Person betreffen, nehmen kann.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Mitarbeiter/-in Ort, Datum BEM-Koordinator/-in