# Dokumentation – ausschließlich für die BEM-Akte

**Arbeits- und Belastungserprobung / Stufenweise Wiedereingliederung**

Name, Vorname:

BEM-Beauftrage(r):

Vorgesetzte(r):

Vorname, Name:

Abteilung/Vorgesetzte(r):

Arbeitsplatz:

**Arbeitsversuch:**  **1. Versuch**  **2. Versuch**  **3. Versuch**

auf Arbeitsplatz/Organisationseinheit:

zuständige/r Vorgesetzte/r:

Beginn des Arbeitsversuchs am: Ende des Arbeitsversuchs am:

Ergebnis:

Der Arbeitsplatz ist für die/den Beschäftigte/n geeignet.  Ja  Nein

Der Arbeitsversuch wurde durch BEM-Beauftragte(n)/  
Betriebsarzt/Vorgesetzten abgebrochen:  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Grund angeben:

\_

\_

\_

\_

\_

Der Arbeitsversuch wurde durch die/den Beschäftigte(n)/  
behandelnde Ärztin/Arzt abgebrochen.  Ja  Nein

Wenn ja, bitte Grund angeben:

\_

\_

\_

\_

Ggfls. Stellungnahme der Betriebsärztin/des Betriebsarztes:

\_

\_

\_

\_

Datum, Unterschrift Vorgesetzte/r Arbeitsversuch

\_

Datum, Unterschrift Beschäftigte/r