**Kurzprotokoll über besprochene und vereinbarte Maßnahmen zur Eingliederung von "Langzeiterkrankten" nach § 167 Sozialgesetzbuch IX (SGB IX)**

Folgende Personennahmen **neben** der/dem Betroffenen an dem Erstgespräch bzw. Folgegespräch teil (Nichtzutreffendes bitte streichen):

(die/der Betroffene kann der Teilnahme aufgeführter Personen widersprechen):

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

*Beauftragte/r des Stiftungsschulamtes als Vertreter/in des Dienstgebers*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Leiterin/Leiter der Einrichtung*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *Mitglied der Mitarbeitervertretung*

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

*Vertrauensperson der Schwerbehinderten*

Weitere Personen\*:

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

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

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

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

\* Als weitere Gesprächsteilnehmerinnen / Gesprächsteilnehmer kommen z.B. bei Bedarf in Frage:

* Beauftragte/r für Chancengleichheit
* Betriebsärztin / Betriebsarzt
* arbeitsmedizinischer / arbeitspsychologischer Dienst
* Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherungsträger
* Integrationsfachdienst
* Sucht-, Sozialberater/in
* Weitere Vertrauensperson der/des Betroffenen
* usw.

Vereinbarte Maßnahmen:

**Das BEM-Gespräch fand statt am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ort und Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

***Unterschriften des Protokollanten*** *und*  ***der Mitarbeiterin/ des Mitarbeiters***

**Hinweise:**

**Bei der Formulierung von Maßnahmen bzw. Verabredungen möglichst Formulierungen verwenden, die keine Rückschlüsse auf die Art der Erkrankung zulassen.**

**Das Protokoll kommt in eine eigene „BEM-Akte“.**