

Datum: _____

**Prävention gemäß § 167 Abs. 2 SGB IX /
Betriebliches Eingliederungsmanagement**

Schweigepflichtentbindungserklärung

Hiermit entbinde ich, _____

geb. am _____

wohnhaft _____

- meine*n Ärzt*in
Frau*Herr Dr. _____
- Personalratsmitglied _____
- Psycho-Sozialer Dienst _____
- Suchtberatung _____
- Betriebsärztlicher Dienst _____
- Vorgesetzte*r _____
- Schwerbehindertenvertretung _____
- Sicherheitsbeauftragte*r _____
- IFD _____
- Dienststelle _____
- sonstige _____

von der Schweigepflicht gegenüber den Gesprächsteilnehmer*innen meines BEM-Gesprächs (siehe Protokoll Erstgespräch).

Ich möchte bei der Kontaktaufnahme den jeweiligen Gesprächen beteiligt sein.

Die Kontaktaufnahme die Gespräche können ohne meine Beteiligung erfolgen.

Folgende Informationen über meinen gesundheitlichen Zustand dürfen weitergegeben werden, soweit sie zum Zwecke meiner Wiedereingliederung im Sinne des § 167 SGB IX in den Arbeitsprozess benötigt werden:

Unterschrift der*des Beschäftigten