

## Anlage 2c: Muster Rückmeldebogen

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Dienststelle

\_\_\_\_\_  
Referat/Sachgebiet/Org.-Einheit

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Anschrift

Antwort

**bitte bis zum  
XX.XX.XXXX**

(Fax: 0421 / 361-XXXXXX)

### Betriebliches Eingliederungsmanagement i.S.v. § 84 (2) SGB IX

Das Angebot zum Betrieblichen Eingliederungsmanagement

- nehme ich an.  
 nehme ich nicht an.

Zusätzliche freiwillige Angaben:

- ist aufgrund der Erkrankung aus meiner Sicht nicht erforderlich.  
 nehme ich nach Beratung durch den arbeitsmedizinischen Dienst (AMD) nicht in Anspruch.  
 Ich kann zurzeit keine Auskunft geben, da ich noch in Behandlung bin.  
Melde mich am \_\_\_\_\_ wieder bei Ihnen.

ggf. Erläuterungen:

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

An dem Gespräch sollen folgende Personen teilnehmen:

- Personalrat  
 Schwerbehindertenvertretung (bei schwerbehinderten und gleichgestellten Beschäftigten)  
 Frauenbeauftragte  
 Betriebsärztin/Betriebsarzt des Arbeitsmedizinischen Dienstes

Darüber hinaus wünsche ich als persönliche Vertrauensperson die Teilnahme von:

- \_\_\_\_\_

- Ich bitte Sie, mit mir telefonisch unter Tel. \_\_\_\_\_ einen Gesprächstermin zu vereinbaren.

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)