

---

Geschäftsbereich, Stellenzeichen

---

Name, Vorname

**Zustimmung zur Datenweitergabe im Rahmen des Betriebliches Eingliederungsmanagements (BEM) nach §167 Abs. 2 SGB IX**

Ich stimme der Weitergabe meiner persönlichen Daten (Name, Vorname, Geburtsdatum, Stellenzeichen, Anzahl der Fehlzeiten, Entgelt- bzw. Besoldungsgruppe, Voll- bzw. Teilzeit, Art des Beschäftigungsverhältnisses, Schwerbehinderung ja/nein, Grad der Behinderung, sofern vorhanden) im Rahmen der BEM-Gespräche an die von mir ausgewählte Führungskraft und alle weiteren Beteiligten am Verfahren zu.

---

Datum/ Unterschrift

**Hinweis:** Die Einwilligung zur Datenweitergabe ist für die Durchführung eines BEM-Verfahrens zwingend erforderlich. Diese Zustimmung kann gemäß Art. 21 DSGVO jederzeit widerrufen werden.