Wiedereingliederungsplan

f ü r

Familienname und Vorname(n), Titel	Sozialversicherungsnummer
Anschrift	Krankenversicherungsträger
Telefonnummer	E-Mail

Arbeitgeber / Arbeitgeberin	**Ansprechperson**, Funktion, Telefonnummer, E-Mail
Anschrift	
beschäftigt seit	
Beginn Krankenstand	
(vorauss.) Beginn Arbeitsfähigkeit	

Berufliche Tätigkeit gemäß Arbeitsvertrag [1]	
Bisheriges Arbeitszeitausmaß (durchschnittl. wöchentliche Normalarbeitszeit in Stunden)	Bisherige Lage der Arbeitszeit

Tätigkeits- bzw. Anforderungsprofil (Zutreffendes ankreuzen)

Arbeitshaltung				
Sitzen:	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise	☐ nie
Stehen:	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise	☐ nie
Gehen:	☐ ständig	☐ überwiegend	☐ zeitweise	☐ nie

[1] **Anmerkung**: Gem. § 13a (2) AVRAG darf die Vereinbarung der Wiedereingliederungsteilzeit – abgesehen von der befristeten Änderung der Arbeitszeit – keine Auswirkungen auf die seitens des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin im Rahmen des Arbeitsvertrags geschuldeten Leistungen haben. **D.h. bis auf die befristete Änderung der Arbeitszeit wird der Arbeitsvertrag nicht geändert.**

Arbeitsorganisation

☐ fixe Arbeitszeiten ☐ Gleitzeit ☐ Schichtarbeit ☐ Nachtarbeit

☐ häufig wechselnde Arbeitszeiten ☐ Stückakkord ☐ taktgebunden/Fließband

☐ Bildschirmarbeit ☐ Telefondienst ☐ Kundenkontakt ☐ Außendienst

☐ häufig wechselnde Arbeitsstätten ☐ Reisetätigkeit ☐ Lenken eines KFZ

(Zutreffende Anforderungen ankreuzen und Relevantes anführen)

☐ **Besondere Anforderungen an den Bewegungs- und Stützapparat**
(z.B. Gebrauchsfähigkeit der Hände, Feinmotorik; Ersteigen von Treppen, Leitern und Gerüsten; Heben, Tragen und Bewegen von Lasten; Zwangshaltungen wie etwa über Kopf, vorgebeugt, gebückt, kniend, hockend, usw.)

☐ **Besondere Anforderungen an die Sinnesorgane**
(insbes. Seh-, Hör-, Sprach-, Sprech-, Tast- und Riechvermögen)

☐ **Besondere psychische Anforderungen**
(z.B. emotionale Stabilität, Konzentrationsvermögen, Ausdauer, Reaktionsvermögen, Anpassungsvermögen, Lernvermögen; Überwachung, Steuerung komplexer Arbeitsvorgänge, Verantwortung für Personen und Maschinen)

☐ **Besondere Anforderungen an das Kommunikationsverhalten**
(z.B. Teamarbeit, Besprechungen, Telefondienst, Kundenkontakt; soziale Kompetenz, Führungsaufgaben)

☐ **Gefährdungs- und Belastungsfaktoren**
(z.B. Kälte, Hitze, Nässe, Zugluft, Staub, Allergene, Lärm, große Höhe, Erschütterungen, erhöhte Unfallgefahr)

Muss der Arbeitsplatz bzw. die Tätigkeit adaptiert werden? [2]

☐ ja ☐ nein

Welche Anpassungs- bzw. Unterstützungsmaßnahmen werden empfohlen?
(Zutreffendes ankreuzen und Relevantes anführen)

☐ hinsichtlich **Arbeitsplatz und Arbeitsumgebung**: z.B. zusätzliche Hebehilfen, höhenverstellbarer Schreibtisch, Stehpult, ...

☐ hinsichtlich **sonstiger Unterstützungsmaßnahmen**: z.B. regelmäßige Gespräche mit Arbeitsmedizinerin / Arbeitsmediziner, Begleitung durch fit2work Case Management, Unterstützung durch Führungskräfte, …

Wiedereingliederungsteilzeit

geplant von *(TT.MM.JJJJ)*	geplant bis *(TT.MM.JJJJ)*	durchschnittl. wöchentliche Arbeitszeit in Stunden	Ausmaß der Arbeitszeit-reduktion (in %)	Vorgaben für die Lage der Arbeitszeit

[2] **Anmerkung**: nur zulässig, soweit sich diese im Rahmen der arbeitsvertraglich festgelegten Pflichten bewegen!

Arbeitsmedizinische Einschätzung

Der beschriebene Ablauf für die schrittweise Rückkehr in den Arbeitsprozess sowie die ggf. notwendigen Anpassungs- bzw. Unterstützungsmaßnahmen zur Wiedereingliederung in die bisherige berufliche Tätigkeit werden voraussichtlich zur nachhaltigen Festigung und Erhöhung der Arbeitsfähigkeit ...

beitragen und die medizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsteilzeit ist somit **gegeben**.

☐ **Daher wird aus arbeitsmedizinischer Sicht empfohlen, die Bewilligung zu erteilen.**

nicht beitragen und die medizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsteilzeit ist somit **nicht** gegeben.

☐ **Daher wird aus arbeitsmedizinischer Sicht empfohlen, die Bewilligung nicht zu erteilen.**

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Arbeitsmedizinerin/Arbeitsmediziner

Kontakt für Rückfragen

(Name in Blockbuchstaben, Telefonnummer, E-Mail)

Erklärung der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers

Ich wurde zum Wiedereingliederungsplan beraten und bin mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan und dessen Weiterleitung an den Arbeitgeber bzw. die Arbeitgeberin sowie den zuständigen Krankenversicherungsträger einverstanden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift Arbeitnehmer / Arbeitnehmerin

Zustimmung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin

Ich wurde zum Wiedereingliederungsplan beraten und bin mit dem vorgeschlagenen Wiedereingliederungsplan einverstanden.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift und Stempel Arbeitgeber / Arbeitgeberin