

Wiedereingliederungsplan

f ü r

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

| | |
|------------------------------------|--|
| Arbeitgeber/in | Ansprechperson, 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: | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> nie |
| Stehen: | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> nie |
| Gehen: | <input type="checkbox"/> ständig | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> zeitweise | <input type="checkbox"/> 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, 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 / nicht beitragen und die medizinische Zweckmäßigkeit der Wiedereingliederungsteilzeit ist somit gegeben / nicht gegeben.

Daher wird aus arbeitsmedizinischer Sicht empfohlen, die Bewilligung

zu erteilen nicht zu erteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Arbeitsmedizinerin / des Arbeitsmediziners

| |
|---|
| Kontakt für Rückfragen (Name, Telefonnummer, E-Mail) |
|---|

Erklärung der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers

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

Ort, Datum

Unterschrift der Arbeitnehmerin / des Arbeitnehmers

Zustimmung des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin

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

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers / der Arbeitgeberin