

Herrn/Frau

Ort, Datum

Einladung zum Gespräch Betriebliches Eingliederungsmanagement

Sehr geehrter Herr, sehr geehrte Frau

Nach einer längeren Krankheitsdauer oder Reha-Phase fällt vielen Menschen der Wiedereinstieg in den Arbeitsalltag nicht leicht.

Uns bei HolsingVital ist es sehr wichtig, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesund und zufrieden sind und möglichst ohne Beschwerden ihrem Arbeitsalltag nachgehen können.

Deshalb bieten wir allen unseren Beschäftigten, die längere Zeit erkrankt sind, unsere Unterstützung an. Dazu sind wir als Arbeitgeber auch gesetzlich verpflichtet.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten, die wir Ihnen gern in einem unverbindlichen Gespräch unterbreiten wollen. Zusammen können wir die verschiedenen Möglichkeiten erörtern und den Verlauf eines Eingliederungsmanagements planen. Vielleicht ist es sogar möglich herauszufinden, was gemeinsam getan werden kann, damit Sie nicht wieder erneut erkranken.

Alle Informationen über Ihren Gesundheitszustand behandeln wir streng vertraulich. **Die Teilnahme am Informationsgespräch zum Eingliederungsmanagement ist freiwillig!**

Ansprechpartner für das Eingliederungsmanagement sind:

1. Ihr Abteilungsleiter
2. Dr. Hafer, Betriebsarzt (05474-205590)
3. K.H. Weller, Fachkraft für Arbeitssicherheit (0171-7729206)
4. Meike Grewe, organisatorische Therapieleitung (im Hause 275)
5. Die Sicherheitsbeauftragten: Susanne Galle (im Hause 473), Daniel Neumann (im Hause 670), Marion Schumacher (im Hause 496), Jana Werneburg (im Hause 600), Stefanie Benne (im Hause 200)

Wir würden uns freuen, wenn Sie diesem unverbindlichen Informationsgespräch zustimmen.

Mit freundlichen Grüßen,

Jens F. Holsing
Geschäftsführer HolsingVital

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Antwort zurücksenden/im Personalbüro abgeben!

Antwort auf die Einladung zum Informationsgespräch

Ich möchte an dem unverbindlichen Informationsgespräch ☐ teilnehmen ☐ nicht teilnehmen.

Wenn möglich, sollen folgende Personen an dem Gespräch teilnehmen:

☐ Betriebsarzt

☐ Folgende Person(en) meines Vertrauens: _____

☐ Ich bin einverstanden, dass Daten über meine Arbeitsunfähigkeit (Anzahl, Häufigkeit und Tag der letzten Arbeitsunfähigkeit) an meinen Abteilungsleiter weitergeleitet werden.

Ort, Datum, Unterschrift