

Wiedereingliederungsplan

für

Familiename 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:	<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 / 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**.

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

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

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