****

**MITARBEITER-WIEDEREINGLIEDERUNGSPLAN**

|  |  |
| --- | --- |
| NAME VERLETZTER MITARBEITER | TITEL/ROLLE |
|  |  |
| NAME DES VORGESETZTEN | ABTEILUNG / BEREICH |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | DATUM DER RÜCKKEHR | ZEIT |
| RÜCKKEHR ZUR ARBEIT AM: |  |  |

|  |
| --- |
| SIE ARBEITEN LAUT ARZT MIT DEN FOLGENDEN EINSCHRÄNKUNGEN: |
|  |
| DIE FOLGENDE ÜBERPRÜFUNG UND BESPRECHUNG HAT STATTGEFUNDEN |
|  | Die vom Arzt auferlegten Einschränkungen wurden identifiziert und geklärt. |
|  | Der Vorgesetzte ist in der Lage, die Einschränkungen zu verstehen und entsprechende Arbeit anzubieten. |
|  | Dem verletzten Mitarbeiter wurde ein Kommunikationsweg zur Verfügung gestellt, um Unterstützung zu erhalten. |
|  | Eine Überprüfung der relevanten Sicherheitsrichtlinien/-praktiken hat stattgefunden. |
|  | Es wurde eine Überprüfung der relevanten Personalrichtlinien, einschließlich der Berichterstattung von Arbeitsausfällen, der Zeiterfassung und ähnlichen Verfahren, durchgeführt. |
|  | Die Anforderungsanalyse für die Arbeitsposition wurde in Verbindung mit den vom Arzt angegebenen Einschränkungen überprüft. Aufgaben wurden wie unten angegeben zugewiesen.  |
|  | Die Anforderungen des verletzten Arbeiters an die Arbeit im Rahmen der Einschränkungen wurden geklärt.  |
|  | Die Anforderungen des Vorgesetzten, nur Arbeit im Rahmen der Einschränkungen zuzuweisen, wurden geklärt.  |
|  | Der verletzte Mitarbeiter verpflichtet sich, unverzüglich in die Arztpraxis (oder Notaufnahme) zu gehen, wenn er die Arbeit verlässt, weil er das Gefühl hat, dass er die Arbeit nicht ausführen kann oder weil er das Gefühl hat, dass er sich wieder verletzt hat.  |
|  |  |
|  |  |

**ZUGEWIESENE AUFGABEN** - hängen Sie bei Bedarf separate Seiten an

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **WOCHE NR.** | **ZUGEWIESENE PFLICHTEN** | **FEEDBACK MITARBEITER** | **FEEDBACK VORGESETZTER** | Geänderte Arbeitsaufgaben fortsetzen? JA / NEIN | Vollständige Rückkehr zur Arbeit?JA / NEIN |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |

**VEREINBARUNG**

Ich, der unterzeichnende verletzte Arbeitnehmer, erkläre mich mit der Teilnahme am hierin beschriebenen Übergangsarbeitsplan einverstanden. Ich erkläre mich damit einverstanden, meine Arbeit sorgfältig auszuführen und innerhalb meiner Einschränkungen zu arbeiten. Ich stimme auch zu, um Hilfe zu bitten, wenn die Arbeit meine Fähigkeiten übersteigt, meinen Vorgesetzten zu benachrichtigen, wenn die mir zugewiesenen Aufgaben meine Fähigkeiten übersteigen, und meinen Vorgesetzten zu benachrichtigen, wenn ich Hilfe benötige.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | NAME | UNTERSCHRIFT | DATUM |  |
| MITARBEITER |  |  |  | CC: Arbeitsunfallversicherungs-Koordinator Vorgesetzter-Datei Mitarbeiter-Datei |
| VORGESETZTER |  |  |  |

|  |
| --- |
| **HAFTUNGSAUSSCHLUSS**Alle von Smartsheet auf der Website aufgeführten Artikel, Vorlagen oder Informationen dienen lediglich als Referenz. Wir versuchen, die Informationen stets zu aktualisieren und zu korrigieren. Wir geben jedoch, weder ausdrücklich noch stillschweigend, keine Zusicherungen oder Garantien jeglicher Art über die Vollständigkeit, Genauigkeit, Zuverlässigkeit, Eignung oder Verfügbarkeit in Bezug auf die Website oder die auf der Website enthaltenen Informationen, Artikel, Vorlagen oder zugehörigen Grafiken. Jegliches Vertrauen, das Sie in solche Informationen setzen, ist aus eigener Verantwortung. |