****

**FORMULAR FÜR WIEDEREINGLIEDERUNGSBERICHT**

**DES VORGESETZTEN**

ANWEISUNGEN: Der Vorgesetzte füllt dieses Formular aus und sendet es dann an den Arbeitsunfallversicherungs-Koordinator. Hängen Sie die Plan zur Wiedereingliederung an und reichen Sie ihn zusätzlich zu diesem Formular ein.

|  |  |
| --- | --- |
| AN: ARBEITSUNFALLVERSICHERUNGS-KOORDINATOR |  |
| VON: NAME DES VORGESETZTEN | ABTEILUNG / BEREICH |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | NAME DES MITARBEITERS | DATUM DER RÜCKKEHR |
| Der folgende Mitarbeiter ist wieder an die Arbeit zurückgekehrt: |  |  |

|  |
| --- |
| DER MITARBEITER: Zutreffendes ankreuzen |
|  | kann seine Aufgaben ohne Einschränkungen erledigen.  |
|  | kann seine Aufgaben mit Einschränkungen erledigen.  |
|  | ist zu einer Übergangstätigkeit zurückgekehrt; und/oder ihm wurde eine alternative Aufgabe mit Einschränkungen zugewiesen.  |
|  | arbeitet in Vollzeit. |
|  | arbeitet in Teilzeit:  | ANZAHL DER STUNDEN PRO TAG | STARTZEIT | ENDZEIT |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| KOMMENTARE: |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | NAME | UNTERSCHRIFT | DATUM |
| VERLETZTER MITARBEITER |  |  |  |
| VORGESETZTER |  |  |  |

\*\*\* AUSGEFÜLLTES FORMULAR UMGEHEND AN DEN ARBEITSUNFALLVERSICHERUNGS-KOORDINATOR ZURÜCKSENDEN \*\*\*

|  |
| --- |
| **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. |