

Dokumentationshilfe für Stufengespräche

Gespräch Stufe 1

(siehe DV Suchtmittel am Arbeitsplatz, § 6 Stufenplan, 1. Schritt)

Vorname und Name der/s MitarbeiterIn, Abteilung

Folgende Auffälligkeiten im Leistungs- oder Verhaltensbereich, Vernachlässigung von oder Verstoß gegen Dienstpflichten sind aufgetreten (kurze Schilderung mit Datum und Uhrzeit)

Gespräch darüber mit der/dem Betroffenen geführt am: (Vertraulichkeit zugesichert, Wertschätzung/Sorge vermittelt)

Folgende Leistungs-u./o. Verhaltensauffälligkeiten wurden dabei festgestellt:

Die Vermutung eines Zusammenhanges mit Suchtmittelgebrauch wurde deutlich geäußert:

Erwartungen/Leistungs-/Verhaltensänderungen klar formuliert ja/nein

Aufforderung, sich wegen Diagnose des Abhängigkeitsverhaltens an eine Beratungsstelle zu wenden, erfolgt: ja/nein

Hilfe-und Unterstützungsangebot gemacht: ja/nein

Hinweis auf Gesprächsstufe 2: ja/nein

Datum, Ort

Unterschrift Vorgesetzte/r

Unterschrift MitarbeiterIn

Dokumentationshilfe für Stufengespräche

Gespräch Stufe 2

(siehe DV Suchtmittel am Arbeitsplatz, § 6 Stufenplan, 2. Schritt)

Vorname und Name der/s MitarbeiterIn, Abteilung

Eine positive Verhaltensänderung ist nicht erkennbar.

Folgende Auffälligkeiten sind aufgetreten (kurze Schilderung mit Datum und Uhrzeit):

Gesprächsteilnehmer der Personalabteilung: _____

Gesprächsteilnehmer der MAV, AG Sucht: _____

Vorgesetzte/r: _____

Weitere Teilnehmer: _____

Die weiteren Maßnahmen des Stufenplans wurden erläutert ja/nein

Die Leistungs- und Verhaltensmängel wurden erörtert ja/nein

Die/der Betroffene wurde auf arbeitsrechtliche Konsequenzen hingewiesen ja/nein

Die/der Betroffene wurde darauf hingewiesen, dass dieses Protokoll in der Personalakte aufbewahrt und auf Antrag nach 5 Jahren aus dieser entfernt werden kann ja

Als nächster Gesprächstermin wurde vereinbart: Datum _____

Die Personalabteilung wurde darüber informiert am Datum _____

Datum, Ort

Unterschrift Vorgesetzte/r

Unterschrift MitarbeiterIn

Dokumentationshilfe für Stufengespräche

Gespräch Stufe 3

(siehe DV Suchtmittel am Arbeitsplatz, § 6 Stufenplan, 3. Schritt)

Vorname und Name der/s MitarbeiterIn, Abteilung

Eine positive Verhaltensänderung ist nicht erkennbar. Eine Therapie oder andere Unterstützungsangebote wurden trotz mehrfachen Hinweisen nicht wahrgenommen.

Folgende Auffälligkeiten sind aufgetreten (kurze Schilderung mit Datum und Uhrzeit):

Gesprächsteilnehmer der Personalabteilung: _____

Gesprächsteilnehmer der MAV, AG Sucht: _____

Vorgesetzte/r: _____

Weitere Teilnehmer: _____

Die weiteren Maßnahmen des Stufenplans wurden erläutert	ja/nein
Die Leistungs- und Verhaltensmängel wurden erörtert	ja/nein
Die/der Betroffene erhält eine Abmahnung und wurde darüber in Kenntnis gesetzt	ja/nein
Die/der Betroffene wurde dringend aufgefordert, sich einer ambulanten / stationären Therapie zu unterziehen (Bedenkzeit 7 Tage)	ja/nein
Die/der Betroffene wurde darauf hingewiesen, sollte sie/er nach Ablauf Der Bedenkzeit keine konkretes Hilfsangebot nachweislich wahrgenommen haben, weitere arbeitsrechtliche Konsequenzen (Abmahnung) drohen	ja/nein
Die/der Betroffene wurde darauf hingewiesen, dass dieses Protokoll in der Personalakte aufbewahrt und auf Antrag nach 5 Jahren aus dieser entfernt werden kann	ja

Bescheinigung über Therapieaufnahme vorgelegt am _____

Personalabteilung darüber informiert am _____

Eine Bescheinigung über Therapieaufnahme wurde nicht vorgelegt, Datum: _____

Personalabteilung darüber informiert am _____

Es folgt Stufe 4 des Stufenplans.

Datum, Ort

Unterschrift Vorgesetzte/r

Unterschrift MitarbeiterIn

Dokumentationshilfe für Stufengespräche

Gespräch Stufe 4

(siehe DV Suchtmittel am Arbeitsplatz, § 6 Stufenplan, 4. Schritt)

Vorname und Name der/s MitarbeiterIn, Abteilung

Eine positive Verhaltensänderung ist weiterhin nicht erkennbar, eine Therapie wurde trotz Aufforderung nicht begonnen.

Weitere Auffälligkeiten sind aufgetreten (kurze Schilderung mit Datum und Uhrzeit):

Gesprächsteilnehmer der Personalabteilung: _____

Gesprächsteilnehmer der MAV, AG Sucht: _____

Vorgesetzte/r: _____

Weitere Teilnehmer: _____

Die/der Betroffene wurde nochmals aufgefordert, binnen 1 Woche den Nachweis einer Therapie zu erbringen ja/nein

Die Leistungs- und Verhaltensmängel wurden erörtert ja/nein

Die/der Betroffene wurde auf Arbeitsrechtliche Konsequenzen (Kündigung) hingewiesen ja/nein

Die/der Betroffene wurde darauf hingewiesen, dass dieses Protokoll in der Personalakte aufbewahrt und auf Antrag nach 5 Jahren aus dieser entfernt werden kann ja

Der Nachweis einer Therapie muss erbracht werden bis Datum _____

Datum, Ort

Unterschrift Vorgesetzte/r

Unterschrift MitarbeiterIn