_____
(Stempel der Schule / Schulaufsicht)

Protokollblatt

DV Gesundheit / Präventionsgespräch (§ 167 SGB IX Abs. 2)

zum vertraulichen Verbleib bei der gesprächsführenden Stelle
*Kopie an Beschäftigte/n

Name: _____

Schule: _____

Datum: ___.___._____

Anwesende: _____

_____

Ergebnis des Präventionsgespräches:

_____

_____

_____

_____

_____

Zur Ergebniskontrolle des Maßnahmeplans wird:

☐ Folgegespräch angedacht am: _____._____._____

☐ Falls erforderlich: Übergabe an das Integrationsteam am: _____._____._____

_____ _____
Unterschrift Gesprächsleitung Unterschrift Beschäftigte/r