

**Protokoll
nach Verweis vom Arbeitsplatz
eines/r durch Suchtmittel beeinträchtigten Mitarbeiters/Mitarbeiterin**

Name / Vorname des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin

Personalnummer

Abteilung / Werkstatt

Anlass für den Verweis vom Arbeitsplatz (Verdachtsmomente)

Zustand und Verhalten des Mitarbeiters / der Mitarbeiterin

Wie wurde der Heimtransport geregelt?

Wer wurde benachrichtigt?

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Betriebsrat | <input type="checkbox"/> Ärztlicher Notdienst | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmedizin | <input type="checkbox"/> Polizei | |
| <input type="checkbox"/> Sicherheitsfachkraft | <input type="checkbox"/> Angehörige | |

Führungskraft, die die betroffene Person angesprochen hat (Name, Vorname, Abteilung)

Zeugen (Name, Vorname, Abteilung)

Datum, Uhrzeit des Vorfalles

Unterschrift der Führungskraft

Kopie weitergeleitet an die Personalabteilung / Datum