



Wiedereinstiegskonzept

Feedbackbogen beruflicher Wiedereinstieg

Name, Vorname

	Einschätzung aus Sicht der Mitarbeiterin/des Mitarbeiters	Einschätzung aus Sicht der AL/FGL/TL
Verlauf der Einarbeitung		
Bedingungen, die den Verlauf positiv/negativ beeinflussen		
Anregungen, Wünsche für den weiteren Verlauf		

Welche konkreten Fortbildungsmaßnahmen sind noch erforderlich?		
Was sollte bei der Einarbeitung in Zukunft geändert werden?		
Sonstiges		

Mitarbeiterin/Mitarbeiter

Abteilungs-/Fachgebiets/
Teamleitung

Datum/Unterschrift

Datum/Unterschrift

1. Zum Personalakt
2. Kopie für Mitarbeiter/Mitarbeiterin
3. Kopie für AL/FGL/TL

