

Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Krankheit

Welche Fehlzeit liegt vor?

- | | |
|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung mit AU-Bescheinigung | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung ohne AU-Bescheinigung | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Krank(tage)geld bei Krankheit oder Kur | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Krank über 6 Wochen geringf. entlohnter Arbeitnehmer | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Krank privat Versicherte ohne Krankentagegeld | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Krank bei Eintritt ohne Entgeltfortzahlung | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Verletztengeld bei Krankheit oder Kur | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Übergangsgeld bei Krankheit oder Kur | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Versorgungskrankengeld bei Krankheit oder Kur | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung wegen Organ-/Gewebespende | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | von _____ bis _____ |

Welcher Tag war der letzte Arbeitstag vor der Erkrankung? am:

Ursache der Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte <input type="checkbox"/> Betriebsunfall
Bei Ursache Schädigung durch Dritte: Abtretung nach §5 AAG wird erklärt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, wie viele Stunden: _____

Kinderpflege

- | | |
|--|---------------------|
| <input type="checkbox"/> Kinderpflege mit Krankengeld | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderpflege ohne Krankengeld | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderpflege mit Entgeltfortzahlung | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Kinderpflege bei Schwersterkrankung | von _____ bis _____ |

Angaben zum Kind

Vorname, Nachname	
Geburtsdatum	
Am ersten Tag der Freistellung bei vollem Entgelt noch teilweise gearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ursache der Krankheit ist ein Unfall (Kinderverletztengeld)?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragebogen Fehlzeiten

Firma:



Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Mutterschaft

Wahrscheinlicher Tag der Entbindung: am:

Tatsächlicher Tag der Entbindung: am:

Mehrlingsgeburt Frühgeburt Fehlgeburt Behinderung des Kindes

Verdienst in den drei Monaten vor Beginn der Schutzfrist:

Monat/Jahr: _____ Bruttoverdienst: _____ Nettoverdienst: _____

Monat/Jahr: _____ Bruttoverdienst: _____ Nettoverdienst: _____

Monat/Jahr: _____ Bruttoverdienst: _____ Nettoverdienst: _____

Lag in diesen Monaten eine Nebenbeschäftigung vor? Ja Nein

(Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.)

Liegt ein Beschäftigungsverbot vor? Nein Ja, von: bis:

Falls ja, Art des Beschäftigungsverbots: Individuelles Beschäftigungsverbot generelles Beschäftigungsverbot

Sonstige Fehlzeiten

- | | | |
|--|-----------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Elternzeit | von _____ | bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Pflegezeit | von _____ | bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitige Pflege (bis zu 10 Tage) | von _____ | bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Pflegeunterstützungsgeld | von _____ | bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Unbezahlter Urlaub | von _____ | bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Unbezahlter Fehlzeit | von _____ | bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Unwiderrufliche bezahlte Freistellung | von _____ | bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Unwiderrufliche unbezahlte Freistellung | von _____ | bis _____ |

Datum

Unterschrift Arbeitgeber