

# 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

Schädigung durch Dritte  Betriebsunfall

Bei Ursache Schädigung durch Dritte:

Abtretung nach §5 AAG wird erklärt

Ja  Nein

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?

Ja  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

Geburtsdatum

# Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

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

## Mutterschaft

Wahrscheinlicher Tag der Entbindung:	am:		
Tatsächlicher Tag der Entbindung:	am:		
<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> 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? (Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.)			
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Liegt ein Beschäftigungsverbot vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von: _____ bis: _____			
Falls ja, Art des Beschäftigungsverbots: <input type="checkbox"/> Individuelles Beschäftigungsverbot <input type="checkbox"/> 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