

# 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-/Gewebspende	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: _____

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

## 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	
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		

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

## 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