

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters

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	
Geburtsdatum	
Am ersten Tag der Freistellung bei vollem Entgelt noch teilweise gearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer



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:
-----------------------------------	-----

- 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