

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. entlohter 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?
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? Ja Nein

Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Ursache der Krankheit ist ein Unfall (Kinderverletzungsgeld)?	<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