

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:

Ja Nein

Abtretung nach §5 AAG wird erklärt

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