

# 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	<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	

# 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