

# 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

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?

Ja  Nein

falls ja, wie viele Stunden: \_\_\_\_\_

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:



Name des Mitarbeiters

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 (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?<br>(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 des Mitarbeiters

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 _____ |

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_