

# Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

## Krankheit

Welche Fehlzeit liegt vor?	
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung mit AU-Bescheinigung	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung ohne AU-Bescheinigung	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krank(tage)geld bei Krankheit oder Kur	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krank über 6 Wochen geringf. entlohnter Arbeitnehmer	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krank privat Versicherte ohne Krankentagegeld	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Krank bei Eintritt ohne Entgeltfortzahlung	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Verletztengeld bei Krankheit oder Kur	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Übergangsgeld bei Krankheit oder Kur	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Versorgungskrankengeld bei Krankheit oder Kur	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung wegen Organ-/Gewebespende	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
Welcher Tag war der letzte Arbeitstag vor der Erkrankung?	am: <input type="text"/>
Ursache der Arbeitsunfähigkeit <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte <input type="checkbox"/> Betriebsunfall
Bei Ursache Schädigung durch Dritte: <input type="text"/> Abtretung nach §5 AAG wird erklärt <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet? <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, wie viele Stunden: <input type="text"/>

## Kinderpflege

<input type="checkbox"/> Kinderpflege mit Krankengeld	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kinderpflege ohne Krankengeld	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kinderpflege mit Entgeltfortzahlung	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kinderpflege bei Schwersterkrankung	von <input type="text"/> bis <input type="text"/>
Angaben zum Kind	
Vorname <input type="text"/>	
Geburtsdatum <input type="text"/>	
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

# Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

## Mutterschaft

Wahrscheinlicher Tag der Entbindung:	<input type="text"/>	am:	<input type="text"/>
Tatsächlicher Tag der Entbindung:	<input type="text"/>	am:	<input type="text"/>
<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:	<input type="text"/>	Bruttoverdienst:	<input type="text"/>
Monat/Jahr:	<input type="text"/>	Bruttoverdienst:	<input type="text"/>
Monat/Jahr:	<input type="text"/>	Bruttoverdienst:	<input type="text"/>
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:	<input type="text"/>
Falls ja, Art des Beschäftigungsverbots:	<input type="checkbox"/> Individuelles Beschäftigungsverbot	bis:	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> generelles Beschäftigungsverbot		

## Sonstige Fehlzeiten

<input type="checkbox"/> Elternzeit	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pflegezeit	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Kurzzeitige Pflege (bis zu 10 Tage)	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pflegeunterstützungsgeld	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unbezahlter Urlaub	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unbezahlter Fehlzeit	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche bezahlte Freistellung	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche unbezahlte Freistellung	von	<input type="text"/>	bis	<input type="text"/>

Datum

Unterschrift Arbeitgeber