

Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name der beschäftigten Person

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="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: <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					

Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

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 (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:	<input type="text"/>	Bruttoverdienst:	<input type="text"/> Nettoverdienst: <input type="text"/>
Monat/Jahr:	<input type="text"/>	Bruttoverdienst:	<input type="text"/> Nettoverdienst: <input type="text"/>
Monat/Jahr:	<input type="text"/>	Bruttoverdienst:	<input type="text"/> Nettoverdienst: <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"/> bis: <input type="text"/>
Falls ja, Art des Beschäftigungsverbots: <input type="checkbox"/> Individuelles Beschäftigungsverbot <input type="checkbox"/> generelles Beschäftigungsverbot			

Sonstige Fehlzeiten

Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

<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