

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	
Am ersten Tag der Freistellung bei vollem Entgelt noch teilweise gearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

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