

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-/Gewebe spende | 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:

Ja Nein

Abtretung nach §5 AAG wird erklärt

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?

Ja 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

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: _____ | 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

Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

| | | |
|--------------------------|---|---------------------|
| <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