

# 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-/Gewebe spende        | 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:<br>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<br>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 |
| 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:  | 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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>(Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.)  |  |
| Liegt ein Beschäftigungsverbot vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, von: _____ bis: _____<br>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