

# Fragebogen Fehlzeiten

**BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!**



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

## Krankheit

<b>Welche Fehlzeit liegt vor?</b>	
<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 <b>letzte Arbeitstag</b> vor der Erkrankung?	am: _____
<b>Ursache</b> der Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte <input type="checkbox"/> Betriebsunfall
Bei Ursache <b>Schädigung durch Dritte</b> : Abtretung nach §5 AAG wird erklärt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde am <b>1. Tag</b> der Arbeitsunfähigkeit <b>noch gearbeitet</b> ?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein falls ja, wie viele Stunden: _____

## Kinderpflege

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

# Fragebogen Fehlzeiten

**BITTE VOLLSTÄNDIG AUSFÜLLEN!**



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<b>Am ersten Tag</b> der Freistellung bei vollem Entgelt <b>noch teilweise gearbeitet?</b>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<b>Ursache</b> der Krankheit ist ein Unfall (Kinderverletztengeld)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

## Mutterschaft

<b>Wahrscheinlicher</b> Tag der Entbindung:	am:		
<b>Tatsächlicher</b> Tag der Entbindung:	am:		
<input type="checkbox"/> Mehrlingsgeburt	<input type="checkbox"/> Frühgeburt	<input type="checkbox"/> Fehlgeburt	<input type="checkbox"/> Behinderung des Kindes
<b>Verdienst</b> in den drei Monaten <b>vor Beginn</b> der Schutzfrist:			
Monat/Jahr: _____	Bruttoverdienst: _____	Nettoverdienst: _____	
Monat/Jahr: _____	Bruttoverdienst: _____	Nettoverdienst: _____	
Monat/Jahr: _____	Bruttoverdienst: _____	Nettoverdienst: _____	
Lag in diesen Monaten eine <b>Nebenbeschäftigung</b> vor? (Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Liegt ein <b>Beschäftigungsverbot</b> 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