

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

- Schädigung durch Dritte Betriebsunfall

Bei Ursache Schädigung durch Dritte:

Abtretung nach §5 AAG wird erklärt

- Ja Nein

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

Vorname

Geburtsdatum

Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

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

<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