

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