

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 | <input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte <input type="checkbox"/> Betriebsunfall |
| Bei Ursache Schädigung durch Dritte: 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 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