

# (5) Fragebogen Fehlzeiten



Firma: \_\_\_\_\_

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

## 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:

- Ja                       Nein

Abtretung nach §5 AAG wird erklärt

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

# (5) Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name des Mitarbeiters

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:
Mehrlingsgeburt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Frühgeburt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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 (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: _____ 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