

# 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?<br>(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 _____ |

# Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Datum

Unterschrift Arbeitgeber