

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: _____

Datum

Unterschrift Arbeitgeber

Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

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			
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

_____ Datum

_____ Unterschrift Arbeitgeber