

Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters

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 _____ |
| 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 | |
| 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

Stand 10/2022