

Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Dieser Personalfragebogen dient zur Vorerfassung von Personaldaten für das Lohnabrechnungsprogramm. Zur Wahrung der Aufbewahrungsfrist wird der ausgefüllte Personalfragebogen von dem Arbeitgeber / der Lohnabrechnenden Stelle gespeichert.

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 _____

Am ersten Tag der Freistellung bei vollem Entgelt noch teilweise gearbeitet?

Ja Nein

Ursache der Krankheit ist ein Unfall (Kinderverletztengeld)?

Ja Nein

Mutterschaft

Wahrscheinlicher Tag der Entbindung:

am: _____

Tatsächlicher Tag der Entbindung:

am: _____

- Mehrlingsgeburt
 Frühgeburt
 Fehlgeburt
 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.)

Ja Nein

Liegt ein Beschäftigungsverbot vor?

Nein Ja, von: _____ bis: _____

Falls ja, Art des Beschäftigungsverbots: Individuelles Beschäftigungsverbot 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