

# Fragebogen Fehlzeiten

**HARREN &  
PARTNER**

WIRTSCHAFTSPRÜFER  
STEUERBERATER



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

**HARREN &  
PARTNER**

WIRTSCHAFTSPRÜFER  
STEUERBERATER



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? (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 _____

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber