

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"/> Kranken(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 Fehlzeit?	am:	
Ursache 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	
Wurde am 1. Tag der Freistellung bei vollem Entgelt noch teilweise gearbeitet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein falls ja, wie viele Stunden: _____	
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:
Mehrlingsgeburt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Frühgeburt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
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 Beschäftigungsverbotes:	
<input type="checkbox"/> Generelles Beschäftigungsverbot	
<input type="checkbox"/> Individuelles 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"/> Unbezahlte Fehlzeit	von	bis
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche bezahlte Freistellung	von	bis
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche unbezahlte Freistellung	von	bis



Datum



Unterschrift Arbeitgeber