

# Personalfragebogen

## - A A G Fehlzeiten -

Firma:

Name des Mitarbeiters

### 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:		
Welcher Tag war der letzte Arbeitstag vor der Erkrankung?	am:	
Ursache der Arbeitsunfähigkeit	<input type="checkbox"/> Schädigung durch Dritte <input type="checkbox"/> Betriebsunfall	
Bei 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	

# Personalfragebogen - A A G Fehlzeiten -

Firma:

Name des Mitarbeiters

## 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									
<p>Verdienst in den drei Monaten vor Beginn der Schutzfrist:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">Monat/Jahr: _____</td> <td style="width: 33%;">Bruttoverdienst: _____</td> <td style="width: 33%;">Nettoverdienst: _____</td> </tr> <tr> <td>Monat/Jahr: _____</td> <td>Bruttoverdienst: _____</td> <td>Nettoverdienst: _____</td> </tr> <tr> <td>Monat/Jahr: _____</td> <td>Bruttoverdienst: _____</td> <td>Nettoverdienst: _____</td> </tr> </table> <p>Lag in diesen Monaten eine Nebenbeschäftigung vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.)</p>		Monat/Jahr: _____	Bruttoverdienst: _____	Nettoverdienst: _____	Monat/Jahr: _____	Bruttoverdienst: _____	Nettoverdienst: _____	Monat/Jahr: _____	Bruttoverdienst: _____	Nettoverdienst: _____
Monat/Jahr: _____	Bruttoverdienst: _____	Nettoverdienst: _____								
Monat/Jahr: _____	Bruttoverdienst: _____	Nettoverdienst: _____								
Monat/Jahr: _____	Bruttoverdienst: _____	Nettoverdienst: _____								
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"/> Unbezahlte Fehlzeit	von:	bis:
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche bezahlte Freistellung	von:	bis:
<input type="checkbox"/> Unwiderrufliche unbezahlte Freistellung	von:	bis:

\_\_\_\_\_ Datum

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