

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	<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	

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