

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Dieser Personalfragebogen dient zur Vorerfassung von Personaldaten für das DATEV-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	<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: _____

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

## 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?

Ja  Nein

(Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.)

Liegt ein Beschäftigungsverbot vor?

Nein  Ja, von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Falls ja, Art des Beschäftigungsverbots:  Individuelles Beschäftigungsverbot  generelles Beschäftigungsverbot

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

## 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