

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Krankheit

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Welche Fehlzeit liegt vor? | |
| <input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung mit ärztl. Krankmeldung | von _____ bis _____ |
| <input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung ohne ärztl. Krankmeldung | 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 | |
| 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 |

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.) | |
| 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