

Fragebogen Fehlzeiten



Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Seite 1 von 3 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

Schädigung durch Dritte Betriebsunfall

Bei Ursache Schädigung durch Dritte:

Ja Nein

Abtretung nach §5 AAG wird erklärt

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?

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

Ja Nein

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