

Fragebogen Krankheit/Mutterschaft (U1/U2)



Name des Mitarbeiters

Personalnummer

Krankheit

Welche Fehlzeit liegt vor?	
<input type="checkbox"/> Krankheit (mit Entgeltfortzahlung)	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Krankheit Betriebsunfall (mit Entgeltfortzahlung)	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Krank am Feiertag	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Krankheit des Kindes (Unterbrechung)	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Reha/Kur mit Entgeltfortzahlung	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Sonstige:	
Welcher Tag war der letzte Arbeitstag vor der Erkrankung ?	am: _____
Liegt eine Schädigung durch Dritte vor?	<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: _____

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
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	

Datum

Unterschrift Arbeitgeber