

# 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

☐ 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?

☐ 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

KANZLEI SCHUHMAN  
Wirtschaftsprüfung · Steuerberatung  
Jesinger Straße 52 · 73230 Kirchheim · 07021 / 970 16-0



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