

Fragebogen Krankheit/Mutterschaft (U1/U2)

Tel. 02454-93660
Fax 02454-936620



Firma:

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"/> 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
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.)	<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