

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

## Krankheit

Welche Fehlzeit liegt vor?	
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung ohne AU-Bescheinigung	von _____ bis _____
<input type="checkbox"/> Entgeltfortzahlung mit AU-Bescheinigung	von _____ bis _____
Wann war der Arztbesuch	_____
Welcher Tag war der letzte Arbeitstag vor der Erkrankung?	am:
Wer hat die Arbeitsunfähigkeit festgestellt?	<input type="checkbox"/> Arzt/ Zahnarzt <input type="checkbox"/> Krankenhaus
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: _____

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Arbeitgeber