

Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Fax +49 8321 661466

info@reutemann-stb.de

Stand 09/2026

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

Krankheit

Welche Fehlzeit liegt vor?

- | | | | |
|--------------------------|--|-----------|-----------|
| ☐ | Entgeltfortzahlung mit AU-Bescheinigung | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Entgeltfortzahlung ohne AU-Bescheinigung | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Krank(tage)geld bei Krankheit oder Kur | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Krank über 6 Wochen geringf. entlohnter Arbeitnehmer | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Krank privat Versicherte ohne Krankentagegeld | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Krank bei Eintritt ohne Entgeltfortzahlung | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Verletztengeld bei Krankheit oder Kur | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Übergangsgeld bei Krankheit oder Kur | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Versorgungskrankengeld bei Krankheit oder Kur | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Entgeltfortzahlung wegen Organ-/Gewebespende | von _____ | bis _____ |
| ☐ | 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:

Abtretung nach §5 AAG wird erklärt

☐ Ja ☐ Nein

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet?

☐ Ja ☐ Nein

falls ja, wie viele Stunden: _____

Kinderpflege

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|-----------|-----------|
| ☐ | Kinderpflege mit Krankengeld | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Kinderpflege ohne Krankengeld | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Kinderpflege mit Entgeltfortzahlung | von _____ | bis _____ |
| ☐ | Kinderpflege bei Schwersterkrankung | von _____ | bis _____ |

Angaben zum Kind

Vorname

Geburtsdatum

Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Fax +49 8321 661466

info@reutemann-stb.de

Stand 09/2026

Name der beschäftigten Person

Personalnummer

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			

Sonstige Fehlzeiten

☐ Elternzeit	von _____	bis _____
☐ Pflegezeit	von _____	bis _____
☐ Kurzzeitige Pflege (bis zu 10 Tage)	von _____	bis _____
☐ Pflegeunterstützungsgeld	von _____	bis _____
☐ Unbezahlter Urlaub	von _____	bis _____
☐ Unbezahlter Fehlzeit	von _____	bis _____
☐ Unwiderrufliche bezahlte Freistellung	von _____	bis _____
☐ Unwiderrufliche unbezahlte Freistellung	von _____	bis _____

Datum

Unterschrift Arbeitgeber