

Fragebogen Krankheit/Mutterschaft (U1/U2)

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: _____

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber

Hinweis:

Bitte reichen Sie eine unterschriebene Ausfertigung ein. Danke.

