

# Personalfragebogen Krankheit/Mutterschaft (U1/U2)

Firma:



Name des Mitarbeiters

Personalnummer

## Krankheit

|  |   |
|--|---|
| Welche Fehlzeit liegt vor?   |   |
| <input type="checkbox"/> Krankheit (ohne Entgeltfortzahlung)               | von _____ bis _____   |
| <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<br>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?<br>(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 |

Ort, Datum

Unterschrift Arbeitgeber