

Fragebogen Krankheit/Mutterschaft (U1/U2)

Arbeitgeber: _____

Name des Mitarbeiters: _____

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: _____	von _____ bis _____
Welcher Tag war der letzte Arbeitstag vor der Erkrankung?	Datum: _____
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: _____
Wurde eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung durch einen Arzt erstellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Abruf der eAU-Daten?	<input type="checkbox"/> Lohnbüro <input type="checkbox"/> Unternehmen

Mutterschaft

Wahrscheinlicher Tag der Entbindung:	am: _____
Liegt ein Beschäftigungsverbot vor?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, ab: _____

**Rückmeldeprotokoll der Krankenkasse beifügen
(NICHT Übertragungsprotokoll)**

oder

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung bitte hier aufkleben oder festheften