

Fragebogen Krankheit (U1)



Arbeitgeber: _____

Name des Mitarbeiters

Krankheit

Welche Fehlzeit liegt vor?	
Zeitraum der Krankheit	von _____ bis _____
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall	<input checked="" type="checkbox"/> JA _____ <input checked="" type="checkbox"/> NEIN _____
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: _____

Datum

Unterschrift Arbeitgeber