

# Fragebogen Krankheit/ Mutterschaft (U1/U2)

**Heike Philipp-Klein**  
Steuerberaterin  
**Hans-Henning Klein**  
Rechtsanwalt  
Unterdürrbacherstr. 101  
97080 Würzburg  
Telefon 0931/98183  
Telefax 0931/98115  
Email: [stb-philipp-klein@t-online.de](mailto:stb-philipp-klein@t-online.de)

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: _____

## 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 Nebenschäftigung vor? (Hinweis: Bei mehreren Arbeitgebern wird der Zuschuss zum Mutterschaftsgeld anteilig pro Beschäftigung ermittelt.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

# Fragebogen Krankheit/ Mutterschaft (U1/U2)

**Heike Philipp-Klein**  
Steuerberaterin  
**Hans-Henning Klein**  
Rechtsanwalt  
Unterdürrbacherstr. 101  
97080 Würzburg  
Telefon 0931/98183  
Telefax 0931/98115  
Email: [stb-philipp-klein@t-online.de](mailto:stb-philipp-klein@t-online.de)

Firma:

Name des Mitarbeiters

Personalnummer

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	

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arbeitgeber