

## Fragebogen zur Arbeitsunfähigkeit

Arbeitgeber: \_\_\_\_\_

Name des Mitarbeiters: \_\_\_\_\_

Fehlzeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Letzter Arbeitstag vor der Erkrankung? \_\_\_\_\_

Wurde am 1. Tag der Arbeitsunfähigkeit noch gearbeitet: JA / NEIN

Lag eine Schädigung durch Dritte vor? JA / NEIN

Handelt es sich bei der Krankheit um einen Betriebsunfall  
oder um eine Berufskrankheit? JA / NEIN

Kleben Sie hier bitte die Arbeitsunfähigkeits-  
bescheinigung auf. (falls vorhanden)

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