

# Fragebogen Fehlzeiten

Firma:

Name des Mitarbeiters	Krankheit	Bescheinigung	Zeitraum von bis	Bemerkung	Betriebsunfall
	<input type="checkbox"/> mit Arzt <input type="checkbox"/> ohne Arzt <input type="checkbox"/> Kinderkrankung	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> mit Arzt <input type="checkbox"/> ohne Arzt <input type="checkbox"/> Kinderkrankung	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> mit Arzt <input type="checkbox"/> ohne Arzt <input type="checkbox"/> Kinderkrankung	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> mit Arzt <input type="checkbox"/> ohne Arzt <input type="checkbox"/> Kinderkrankung	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> mit Arzt <input type="checkbox"/> ohne Arzt <input type="checkbox"/> Kinderkrankung	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> mit Arzt <input type="checkbox"/> ohne Arzt <input type="checkbox"/> Kinderkrankung	<input type="checkbox"/> Erstbescheinigung <input type="checkbox"/> Folgebescheinigung			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein