

Arbeitgeber : _____

Personal-Nr.	Name	von – bis	Mit Krankschreibung?		Arbeitsunfall?
			JA	NEIN	
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA
			JA	NEIN	JA