



**Erstattungspflicht des Arbeitgebers gem. § 147a Drittes Buch Sozialgesetzbuch (SGB III)  
Befragung des ehemaligen Arbeitnehmers**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Name: \_\_\_\_\_

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

**Frage 1:**

Hatten Sie in den letzten zwei Jahren Ihres Beschäftigungsverhältnisses krankheitsbedingte Fehlzeiten?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Frage 2:**

Haben Sie in dieser Zeit Krankengeld oder Verletztengeld bezogen?  Ja  Nein

Wenn ja, für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Frage 3:**

Waren gesundheitliche Gründe für die Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses maßgeblich?  Ja  Nein

Wenn ja, welche gesundheitlichen Gründe bzw. Beschwerden:

\_\_\_\_\_

**Frage 4:**

Wäre wegen dieser Gründe bzw. Beschwerden eine Weiterbeschäftigung auf Ihrem letzten Arbeitsplatz noch möglich gewesen?  Ja  Nein

Wenn nein, bitte erläutern: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Frage 5:**

Wurden wegen dieser Gründe bzw. Beschwerden (vgl. Frage 2) entsprechende haus-, fach- oder betriebsärztliche Feststellungen getroffen?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Frage 6:**

Hat Ihnen ein Arzt empfohlen, das Beschäftigungs-/Arbeitsverhältnis aus diesen Gründen zu lösen?  Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Frage 7:**

Waren Sie nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses wegen der unter Nr. 2 aufgeführten Erkrankungen/Beschwerden wieder in ärztlicher Behandlung?

Ja  Nein

Wenn ja, bei welchem Arzt (Name und Anschrift): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Frage 8:**

Waren Sie nach Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses arbeitsunfähig erkrankt?

Ja  Nein

Wenn ja, aufgrund welcher Beschwerden: \_\_\_\_\_

für den Zeitraum von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Frage 9:**

Wurde seit der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses eine medizinische oder berufliche Rehabilitation durchgeführt?

Ja  Nein

Wenn ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name des Leistungsträgers: \_\_\_\_\_

**Frage 10:**

Haben Sie für Zeiten nach der Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses eine der nachfolgenden Leistungen beantragt:

Krankengeld  Ja  Nein

Versorgungskrankengeld  Ja  Nein

Verletztengeld  Ja  Nein

Übergangsgeld  Ja  Nein

Wenn ja, von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Name des Leistungsträgers: \_\_\_\_\_

**Frage 11:**

Haben Sie eine der nachfolgenden Leistungen beantragt?

Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit  Ja  Nein

Rente wegen voller Erwerbsminderung oder wegen teilweiser Erwerbsminderung bei Berufsunfähigkeit  Ja  Nein

Rente für Bergleute  Ja  Nein

Altersrente der gesetzlichen Rentenversicherung (Voll- oder Teilrente)  Ja  Nein

Ähnliche Leistungen öffentlich-rechtlicher Art oder ausl. Versicherungsträger  Ja  Nein

Knappschaftsausgleichsleistung  Ja  Nein

Wenn ja, Name des Leistungsträgers: \_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift  
  
\_\_\_\_\_