

IKK BB Arbeitgeberbetreuung
Ziolkowskistrasse 6
14480 Potsdam

Angaben zum Arbeitgeber

Name

Betriebsnummer

Art des Beschäftigungsverbots

Für unsere Mitarbeiterin Frau _____

Rentenversicherungs-Nr. _____ oder Geburtsdatum _____._____._____

liegt ab dem _____._____._____ ein

☐

Individuelles Beschäftigungsverbot vor. Eine Kopie des ärztlichen Attests erhalten Sie mit diesem Brief. Die Entgeltzahlung erfolgt nach dem MuSchG.

☐

generelles Beschäftigungsverbot vor.
Die Entgeltzahlung erfolgt nach dem MuSchG.

☐

teilweises Beschäftigungsverbot für täglich _____ Stunden
Die Entgeltzahlung erfolgt nach dem MuSchG.

Wir bestätigen, dass eine der in diesen Vorschriften aufgeführten Beeinträchtigungen am Arbeitsplatz bei unserer Arbeitnehmerin vorliegt. Eine innerbetriebliche Umsetzung auf einen Arbeitsplatz ohne diese Beeinträchtigungen ist nicht möglich.

Zeitraum des Beschäftigungsverbots und mutmaßlicher Entbindungstermin

Beschäftigungsverbot vom _____._____._____ bis zum _____._____._____

Unsere Mitarbeiterin wird voraussichtlich entbinden am _____._____._____

Angaben für Rückfragen

Telefonnummer _____/_____

*freiwillige Angabe

Datum

Unterschrift / Stempel des Arbeitgebers

_____._____._____

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.