

**Auflistung der  
arbeitsunfähigen  
Mitarbeiter\*innen**

Firma:

Name, Vorname	Zeitraum	Erstb.   Folge	Bemerkung
	-	<input type="checkbox"/>	mit eAU
		<input type="checkbox"/>	ohne eAU
		<input type="checkbox"/>	Kind krank
	-	<input type="checkbox"/>	mit eAU
		<input type="checkbox"/>	ohne eAU
		<input type="checkbox"/>	Kind krank
	-	<input type="checkbox"/>	mit eAU
		<input type="checkbox"/>	ohne eAU
		<input type="checkbox"/>	Kind krank
	-	<input type="checkbox"/>	mit eAU
		<input type="checkbox"/>	ohne eAU
		<input type="checkbox"/>	Kind krank
	-	<input type="checkbox"/>	mit eAU
		<input type="checkbox"/>	ohne eAU
		<input type="checkbox"/>	Kind krank
	-	<input type="checkbox"/>	mit eAU
		<input type="checkbox"/>	ohne eAU
		<input type="checkbox"/>	Kind krank
	-	<input type="checkbox"/>	mit eAU
		<input type="checkbox"/>	ohne eAU
		<input type="checkbox"/>	Kind krank