

Arbeitgeber (vollständige Anschrift)	Ort, Datum
Zuständige Aufsichtsbehörde für den Mutterschutz	<p>Mitteilung über die Beschäftigung einer werdenden Mutter gem. § 5 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz</p> <p>Hinweis: Zur Beantwortung der Fragen unter Abschnitt II. sind Sie aufgrund § 19 Abs. 1 MuSchG verpflichtet, wenn Sie hierzu besondere Aufforderung erhalten haben. Im Rahmen der Mitteilung nach § 5 Abs. 1 MuSchG ist die Beantwortung der Fragen unter Abschnitt II. freiwillig. Die Beantwortung erspart zusätzliche Rückfragen.</p>

Ansprechpartner im Betrieb

Name: _____ Funktion: _____

Telefon: _____

I. Angaben aufgrund § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Vor- und Zuname der werdenden Mutter: _____

Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

II. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz aufgrund § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Vor Bekanntwerden der Schwangerschaft beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit)		Das Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis
Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)		Heimarbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Arbeitszeit

Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden
Tägliche Arbeitszeit	Stunden
Gleitzeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonntagsarbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitszeit vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Gefährdungsbeurteilung der bisherigen beruflichen Tätigkeit nach § 5 Arbeitsschutzgesetz in Verbindung mit § 1 der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz:

a) Musste die Beschäftigte regelmäßig Lasten von mehr als 5 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Musste die Beschäftigte gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
c) War die Beschäftigte extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
d) War die Beschäftigte Lärm (Tages-Lärmexpositionspegel - $L_{EX,8h}$) über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen (innerhalb von 0,5 s ein Anstieg um mind. 40 dB(A)) ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) War die Beschäftigte ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)? Falls ja, bitte nähere Angaben, ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

f) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
g) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
h) War die Beschäftigte mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder dauernd hocken oder sich gebückt halten muss?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
i) War die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr, auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder Kontakt mit aggressiven/agitierten Personen ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen

j) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
k) Hatte die Beschäftigte Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potentiell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
l) Assistierte die Beschäftigte bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führte diese selbst aus?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern

m) Die Beschäftigte hatte Umgang mit Kindern <input type="checkbox"/> < 3 Jahre <input type="checkbox"/> 3 - 6 Jahre <input type="checkbox"/> 6 - 10 Jahre <input type="checkbox"/> > 10 Jahre	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
n) Ist die Überprüfung der Immunität erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

III. Liegt eine betriebsärztliche Stellungnahme vor?

ja nein

IV. Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung

Aufgrund der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung (siehe II.) erfolgte

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. keine Änderung der Arbeitsbedingungen | <input type="checkbox"/> keine Änderung Arbeitszeit |
| <input type="checkbox"/> 2. eine Änderung der Arbeitsbedingungen* | <input type="checkbox"/> eine Änderung der Arbeitszeit* |
| <input type="checkbox"/> 3. eine Umsetzung* | |
| <input type="checkbox"/> 4. eine teilweise Freistellung von der Arbeit* | |
| <input type="checkbox"/> 5. eine völlige Freistellung von der Arbeit* (Beschäftigungsverbot nach § 4 MuSchG) | |

*) Konkrete Angaben unter V.)

V. Konkrete Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz bzw. zur jetzigen Arbeitszeit

Damit wurden die oben bejahten Gefährdungen ausgeschlossen

ja nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden?

ja nein

VI. Wurde ein individuelles Beschäftigungsverbot von einem Arzt nach § 3 MuSchG ausgesprochen?

ja nein

.....
 (Datum, Unterschrift des Arbeitgebers)