

Ort, Datum

Arbeitgeber: (Name, Anschrift, Tel, Fax, E-Mail)

Landesamt für Umwelt- und Arbeitsschutz
Don- Bosco Straße 1
66119 Saarbrücken

Hinweis: Zur Beantwortung der Fragen unter Abschn. 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.

MITTEILUNG ÜBER DIE BESCHÄFTIGUNG EINER WERDENDEN MUTTER
gem. § 5 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Ansprechpartner/in 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)
Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)

Das Arbeitsverhältnis ist unbefristet
befristet bis

Heimarbeit		ja	nein
Arbeitszeiten	<i>wöchentliche</i> Arbeitszeit	Std.	<i>tägliche</i> Arbeitszeit
	Arbeitszeit vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr	ja	nein
		Gleitzeit	Sonntagsarbeit
		ja	nein
		ja	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? | ja | nein |
| b) | Musste die Beschäftigte gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern? | ja | nein |
| c) | War die Beschäftigte extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt?
Falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |
| d) | War die Beschäftigte Lärm über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen ausgesetzt?
Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm): | ja | nein |

- e) War die Beschäftigte ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird:
-
- f) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben:
-
- g) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben:
-
- h) War die Beschäftigte mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder dauernd hocken oder sich gebückt halten muss? ja nein
-
- i) War die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder durch Kontakt mit aggressiven/ agitierten Personenausgesetzt? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben:

Zusätzliche Angaben bei Beschäftigten im Gesundheitswesen

- j) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika? ja nein
-
- k) Hatte die Beschäftigte Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potenziell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben:
-
- l) Assistierte die Beschäftigte bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führt diese selber aus? ja nein

Zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern

- m) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Kindern? < 3 Jahre 3 - 6 Jahre 6 - 10 Jahre > 10 Jahre
-
- n) Überprüfung der Immunität ist erfolgt: ja nein

III. Liegt eine individuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor? ja nein

IV. Aufgrund der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung (s. II.) erfolgte:

1. keine Änderung der Arbeitsbedingungen keine Änderung der Arbeitszeit
2. eine Änderung der Arbeitsbedingungen * eine Änderung der Arbeitszeit *
3. eine Umsetzung *
4. eine teilweise Freistellung von der Arbeit *
5. eine völlige Freistellung von der Arbeit (Beschäftigungsverbot nach § 4 MuSchG)

* (konkrete Angaben unter V.)

V. Konkrete Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz:

Damit wurden die oben bejahten Gefährdungen ausgeschlossen ja nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden? ja nein

VI. Wurde ein individuelles Beschäftigungsverbot nach § 3 MuSchG von behandelnden Arzt/Ärztin ausgesprochen? ja nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Arbeitgebers)