

Ort, Datum

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

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

MITTEILUNG
ÜBER DIE BESCHÄFTIGUNG EINER SCHWANGEREN ODER STILLENDEN FRAU
gem. § 27 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Ansprechpartner/in im Betrieb

Name:

Funktion:

Telefon:

I. Angaben zur schwangeren / stillenden Frau

Vor- und Zuname

Voraussichtlicher Ent-
 bindungstermin

II. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz

Beruf / Tätigkeit					Das Arbeitsverhältnis ist		
Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Ab- teilung)					unbefristet		
Arbeitnehmerin	Beamtin	Schülerin	Studentin	Heimarbeit			
Arbeitszeiten	wöchentliche Arbeitszeit	Std.	tägliche Arbeitszeit	Std.	Gleitzeit	ja	nein
	Arbeitszeit <i>zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr</i>		ja	nein	an Sonn-/Feiertagen	ja	nein
	Es ist beabsichtigt, die schwangere/stillende Frau weiterhin zu beschäftigen zwischen 20:00 Uhr und 22:00 Uhr		ja	nein	an Sonn-/Feiertagen	ja	nein

III. Gefährdungsbeurteilung der bisherigen beruflichen Tätigkeit nach § 5 Arbeitsschutzgesetz in Verbindung mit § 10 Mutterschutzgesetz:

durchgeführt von: _____

A. Physikalische Einwirkungen / körperliche Belastungen

- a) War die Beschäftigte ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)? ja nein
 Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wurde:
-
- b) War die Beschäftigte Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt? ja nein
 Falls ja, bitte nähere Angaben:
-
- c) War die Beschäftigte Erschütterungen, Vibrationen ausgesetzt? ja nein
 Falls ja, bitte nähere Angaben:

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 in Räumen mit einem Überdruck von mehr als 0,1 bar tätig?	ja	nein
f) War die Beschäftigte in Räumen mit sauerstoffreduzierter Atmosphäre tätig?	ja	nein
g) Musste die Beschäftigte regelmäßig Lasten von mehr als 5 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	ja	nein
h) Musste die Beschäftigte gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	ja	nein
i) Führte die Beschäftigte Tätigkeiten aus, bei denen sie überwiegend bewegungsarm ständig stehen muss (täglich mehr als vier Stunden)?	ja	nein
j) Führte die Beschäftigte Tätigkeiten aus, bei denen sie sich häufig erheblich strecken, beugen, dauernd hocken, sich gebückt halten oder sonstige Zwangshaltungen einnehmen muss?	ja	nein
k) War die Beschäftigte auf Beförderungsmitteln eingesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
l) War die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren ausgesetzt, insbesondere der Gefahr auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder durch Kontakt mit aggressiven/ agitierten Personen? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
m) Musste die Beschäftigte eine belastende Schutzausrüstung tragen? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
n) Führte die Beschäftigte Tätigkeiten aus, die eine Erhöhung des Drucks im Bauchraum befürchten lassen (z.B. bei besonderer Fußbeanspruchung)? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
o) Führte die Beschäftigte Akkordarbeit, Fließarbeit oder getaktete Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo aus?	ja	nein
p) War die Beschäftigte einer erhöhten psychischen Belastung ausgesetzt? (z.B. durch Arbeitsdichte, Zeitdruck, emotionale Inanspruchnahme)	ja	nein
q) War die Beschäftigte in Alleinarbeit tätig? (Alleinarbeit liegt vor, wenn sie nicht jederzeit ihren Arbeitsplatz verlassen oder nicht jederzeit Hilfe erreichen kann.)	ja	nein
B. Gefahrstoffe		
a) War die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz Gefahrstoffen ausgesetzt, die zu bewerten sind als	ja	nein
- reproduktionstoxisch nach der Kategorie 1A, 1B oder 2 oder nach der Zusatzkategorie für Wirkungen auf oder über die Laktation	ja	nein
- keimzellmutagen nach der Kategorie 1A oder 1B	ja	nein
- karzinogen nach der Kategorie 1A oder 1B	ja	nein
- spezifisch zielorgantoxisch nach einmaliger Exposition nach der Kategorie 1	ja	nein
- akut toxisch nach der Kategorie 1, 2 oder 3	ja	nein
b) War die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz Blei oder Bleiderivate ausgesetzt?	ja	nein
c) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Gefahrstoffen im Sinne der TRGS 525, d.h. mit Arzneistoffen und Arzneimitteln wie z.B. Zytostatika, Virustatika, Inhalationsnarkotika?	ja	nein

C. Biostoffe

a) War die Beschäftigte einer Verletzungsgefahr durch kontaminierte Sharps (Kanülen, Skalpelle u. ä.) ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
b) Hatte die Beschäftigte Umgang mit potenziell infizierten Personen, deren Blut, Ausscheidungen, Körpersekreten oder mit kontaminierten Materialien, z.B. Untersuchungsgut, Wäsche? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
c) Betreute oder pflegte die Beschäftigte Kinder? < 3 Jahre 3-6 Jahre 6-10 Jahre > 10 Jahre		nein
d) Hatte die Beschäftigte beruflichen Umgang mit Tieren? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
e) Hatte die Beschäftigte sonstigen Umgang mit Biostoffen der Risikogruppen 2 – 4, z.B. mit Toxoplasmen oder Listerien im Lebensmittelbereich; mit Hepatitis A-Viren im Abwasserbereich? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein

D. Eine individuelle betriebsärztliche Stellungnahme liegt vor?

Die Überprüfung der Immunität ist erfolgt: ja nein

IV. Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung (Rangfolge nach § 13 MuSchG):

1. Es sind keine besonderen Schutzmaßnahmen erforderlich. Die Frau kann am bisherigen Arbeitsplatz unverändert weiterbeschäftigt werden.	ja	nein
2. Es ist eine Umgestaltung der Arbeitsbedingungen erforderlich, deshalb wurden entsprechende Schutzmaßnahmen veranlasst. (konkrete Angaben bitte unten)	ja	nein
3. Es erfolgte eine Umsetzung auf einen anderen geeigneten Arbeitsplatz (konkrete Angaben bitte unten), weil die Umgestaltung der Arbeitsbedingungen nicht möglich war.	ja	nein
4. Es erfolgte eine teilweise Freistellung unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, weil Umgestaltungs- bzw. Umsetzungsmaßnahmen nur eine zeitweise Weiterbeschäftigung ermöglichen. (konkrete Angaben bitte unten)	ja	nein
5. Es erfolgte eine vollständige Freistellung unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, weil Umgestaltungs- bzw. Umsetzungsmaßnahmen nicht möglich sind.	ja	nein

Konkrete Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz:

Damit wurden die oben bejahten Gefährdungen ausgeschlossen ja nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden? ja nein

Der schwangeren/stillenden Frau wurde ein Gespräch über die weitere Anpassung der Arbeitsbedingungen angeboten. ja nein

Die schwangere/stillende Frau wurde über die Gefährdungsbeurteilung und die erforderlichen Schutzmaßnahmen informiert am:

V. Liegt ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG vor? ja nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Arbeitgebers)