



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
<b>Arbeitszeiten</b>	<b>wöchentliche</b> Arbeitszeit	Std.	<b>tägliche</b> Arbeitszeit	Std.	Gleitzeit	ja	nein
	Arbeitszeit vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr		ja	nein	Sonntagsarbeit	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 Personen ausgesetzt? 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 ausgesprochen? ja nein

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Arbeitgebers)