

Mitteilung über die Beschäftigung einer werdenden Mutter gemäß § 5 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Hinweis

Zur Beantwortung der Fragen ab Nr. 3 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 ab Nr. 3 freiwillig. Die Beantwortung erspart zusätzliche Rückfragen.

1. Arbeitgeber

Name			
Straße, Haus-Nummer		Postleitzahl	Ort
Telefon	Fax	E-Mail	
Ansprechpartner im Betrieb			
Name		Vorname	Funktion
Telefon		E-Mail	

2. Angaben zur werdenden Mutter aufgrund § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Name	Vorname	Geburtsdatum
voraussichtlicher Entbindungstermin	Beschäftigungsort (<i>Zweigstelle, Filiale, Abteilung, Heimarbeit</i>)	

3. 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	Datum

Arbeitszeiten

wöchentliche Arbeitszeit maximale tägliche Arbeitszeit

Arbeitszeit vor 06.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr Ja Nein

Sonn- und Feiertagsarbeit Ja Nein

Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit

a) Musste die Beschäftigte regelmäßig Lasten von mehr als 5 kg oder gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern? Ja Nein

b) War die Beschäftigte schädlichen Einwirkungen extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt? Ja Nein

c) War die Beschäftigte Lärm (Tages-Lärmexpositionspegel - LEX, 8h) über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen (innerhalb von 0,5 s ein Anstieg um mind. 40 dB(A)) ausgesetzt? Ja Nein

d) War die Beschäftigte gesundheitsgefährdender Strahlung ausgesetzt (z.B. Röntgenstrahlen)? Ja Nein

e) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden? Ja Nein

f) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden? Ja Nein

g) 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

h) War die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr, auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder Kontakt mit aggressiven/agitierten Personen ausgesetzt? Ja Nein

Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen

i) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika? Ja Nein

j) Hatte die Beschäftigte Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potentiell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial? Ja Nein

k) Assistierte die Beschäftigte bei invasiven Tätigkeiten oder führte sie diese selbst aus? Ja Nein

Zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern

l) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Kindern?
 jünger als 3 Jahre 3 - 6 Jahre 6 - 10 Jahre älter als 10 Jahre

m) Überprüfung der Immunität ist erfolgt Ja Nein

Optionale weitere Erläuterungen zur bisherigen Tätigkeit

Erläuterungen

4. **Liegt eine betriebsärztliche Stellungnahme vor?**

Ja Nein

5. **Gefährdungsbeurteilung**

Hinweis

Der Arbeitgeber hat nach dem Arbeitsschutzgesetz und der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz die Pflicht, durch eine Beurteilung der für die Beschäftigte mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (Gefährdungsbeurteilung).

Die Angaben ab Nr. 3 dienen lediglich zur Information der Behörde und stellen u. U. keine vollständige Gefährdungsbeurteilung dar.

Wurde der Arbeitsplatz der werdenden Mutter hinsichtlich der Arbeitszeiten, der Einwirkung von chemischen Gefahrstoffen, biologischen Arbeitsstoffen und physikalischen Schadfaktoren beurteilt?

Ja Nein

Wurde die werdende Mutter über das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und über die zu ergreifenden Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz unterrichtet?

Ja Nein

Aufgrund der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung erfolgte

- keine Änderung der Arbeitsbedingungen**
- eine Änderung der Arbeitsbedingungen** (konkrete Angaben 6.)
- keine Änderung Arbeitszeit**
- eine Änderung der Arbeitszeit** (konkrete Angaben 6.)
- eine Umsetzung** (konkrete Angaben 6.)
- eine teilweise Freistellung von der Arbeit** (konkrete Angaben 6.)
- eine völlige Freistellung von der Arbeit (Beschäftigungsverbot nach § 4 MuSchG)**

6. **Konkrete Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz bzw. zur jetzigen Arbeitszeit**

Angaben

Damit wurden die oben bejahten Gefährdungen ausgeschlossen

Ja Nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden?

Ja Nein

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

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift des Arbeitgebers