

Benachrichtigung über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau gemäß § 27 Mutterschutzgesetz

Zuständiges Regierungspräsidium Wählen Sie einen Dokumentbaustein aus.	Arbeitgeber (vollständige Adresse)
	Datum

Ansprechpartner/in in Betrieb / Schule / Hochschule

Name	
Funktion	
Telefonnummer	E-Mail

I. Angaben aufgrund § 27 Mutterschutzgesetz

Vor- und Nachname der Schwangeren oder stillenden Mutter
Voraussichtlicher Entbindungstermin

II. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz vor Bekanntwerden der Schwangerschaft

Vor Bekanntwerden der Schwangerschaft beschäftigt als (Berufsbild Tätigkeit; Azubi: Art der Ausbildungstätigkeit)				
Beschäftigungsort (Adresse)				
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmerin	<input type="checkbox"/> Beamtin	<input type="checkbox"/> Schülerin / Studentin (nur bei Ausbildungsveranstaltungen)		
<input type="checkbox"/> Home-Office	<input type="checkbox"/> Außendienst	<input type="checkbox"/> Akkordarbeit	<input type="checkbox"/> Fließarbeit	<input type="checkbox"/> Heimarbeit

Getaktete Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo <i>(benachrichtigungspflichtig, Angabe hier gilt als Benachrichtigung)</i>	- vor Bekanntwerden der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - nach Bekanntwerden der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <small>(zulässig nur, wenn die getaktete Arbeit oder das Arbeitstempo für die schwangere Frau oder ihr Kind keine unverantwortbare Gefährdung darstellt)</small>
---	---

Arbeitszeiten

wöchentliche Arbeitszeit: Std.	maximale tägliche Arbeitszeit: Std.
<i>Nacharbeit (20 bis 6 Uhr) ist grundsätzlich verboten und bedarf im Einzelfall immer einer Genehmigung</i>	Nacharbeit zwischen 20 und 6 Uhr - vor Bekanntwerden der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - nach Bekanntwerden der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>Sonn-/Feiertagsarbeit sind nur unter den Bedingungen des § 6 MuSchG i. V. m. § 10 ArbZG zulässig und benachrichtigungspflichtig (Angabe hier gilt als Benachrichtigung, bitte Bereitschaftserklärung der Schwangeren beifügen)</i>	Sonn- oder Feiertagsarbeit - vor Bekanntwerden der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - nach Bekanntwerden der Schwangerschaft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hinweis: Zur Beantwortung der Fragen unter Abschnitt II sind Sie aufgrund § 27 Abs. 2 MuSchG verpflichtet, wenn Sie hierzu besondere Aufforderung erhalten haben. Im Rahmen dieser Mitteilung ist die Beantwortung der Fragen unter Abschnitt II. freiwillig. Die Beantwortung erspart jedoch Rückfragen.

Arbeitsbedingungen hinsichtlich § 11 Mutterschutzgesetz vor Bekanntwerden der Schwangerschaft

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 über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen 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. Röntgen strahlen)? Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere 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? (z. B. Borrelien, Influenzaviren, Zytomegalieviren, Noroviren, SARS-CoV-2) 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 ausgesetzt, insbesondere der Gefahr auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder durch Kontakt mit aggressiven/ agitierten Personen? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
j) War die Beschäftigte einer erhöhten psychischen Belastung ausgesetzt, z.B. Arbeitsdruck, Zeitdruck, Arbeitsdichte, Konflikten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen vor Bekanntwerden der Schwangerschaft

k) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
l) Hatte die Beschäftigte Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potenziell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
m) 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 / Jugendlichen vor Bekanntwerden der Schwangerschaft

n) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Kindern und/oder Jugendlichen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> < 3 Jahre <input type="checkbox"/> 3 - 6 Jahre <input type="checkbox"/> 6 - 15 Jahre <input type="checkbox"/> >15 Jahre	
o) Überprüfung der Immunität hinsichtlich schwangerschaftsrelevanter Infektionskrankheiten ist erfolgt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

III. Liegt eine aktuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor?

ja nein

IV. Zusätzliche Anforderungen

Ist sichergestellt, dass die Schwangere ihre Tätigkeit kurz unterbrechen kann wenn es für sie erforderlich ist?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Hinlegen, Hinsetzen und Ausruhen unter geeigneten Bedingungen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde die Beschäftigte über die Gefährdungsbeurteilung und die ggf. erforderlichen Schutzmaßnahmen informiert? Hinweis: Der Schwangeren ist ein Gespräch über weitere Anpassungen ihrer Arbeitsbedingungen anzubieten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muss die Schwangere am Arbeitsplatz eine FFP2- oder FFP3-Maske tragen? Wenn „Ja“, wie lange in der Summe während der Arbeitszeit pro Tag? _____ Sind ausreichende Tragepausen gewährleistet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

V. Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen

Rangfolge nach § 13 MuSchG (bitte unbedingt ausfüllen)

Es sind keine besonderen Schutzmaßnahmen erforderlich. Die Frau kann am bisherigen Arbeitsplatz **unverändert** weiterbeschäftigt werden.

Es ist eine Änderung der **Arbeitszeit** erforderlich. *

Es ist eine **Umgestaltung** der Arbeitsbedingungen erforderlich, deshalb wurden entsprechende Schutzmaßnahmen veranlasst. *

Eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes durch entsprechende Schutzmaßnahmen war nicht möglich, deshalb erfolgte eine **Umsetzung** auf einen anderen Arbeitsplatz. *

Umgestaltungs- und Umsetzungsmaßnahmen können nur zu einer zeitweisen Weiterbeschäftigung führen, daher wurde die **teilweise Freistellung** unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes veranlasst. *

Umgestaltungs- und Umsetzungsmaßnahmen sind nicht möglich, daher wurde eine **vollständige Freistellung** unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes veranlasst.

** > Konkrete Angaben unter VI.*

VI. Angaben zu den jetzigen Tätigkeiten und ggf. geänderten Arbeitszeiten der Arbeitnehmerin nach dem Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen:

Damit wurden alle unverantwortbaren Gefährdungen ausgeschlossen. ja nein

Es wurde ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG ausgesprochen, daher waren arbeitgeberseitige Maßnahmen nicht erforderlich. ja nein

Datum, Unterschrift