

Mitteilung über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau gemäß § 27 Abs. 1 Mutterschutzgesetz (MuSchG)

sowie Auskünfte gemäß § 27 Abs. 2 und 3 MuSchG

Zutreffendes bitte ankreuzen. Bei nicht ausreichendem Platzangebot bitte Anlage beifügen.

1. Mitteilung über

die Schwangerschaft einer Frau (§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe a MuSchG)

das Stillen einer Frau (§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Buchstabe b MuSchG)

(nur erforderlich, soweit noch keine Mitteilung über die Schwangerschaft erfolgt ist)

2. Angaben zum Arbeitgeber / zur Ausbildungsstelle

Bitte wählen Sie die Region (Landkreis/kreisfreie Stadt) aus, in der sich der Sitz Ihres Unternehmens / Ihrer Ausbildungsstelle befindet: *

Name / Bezeichnung

Straße, Haus-Nr.

PLZ Ort

Ansprechpartner im Betrieb

Name

Funktion

Telefon-Nr. / E-Mail

3. Angaben zur schwangeren / stillenden Frau (§ 27 Abs. 2 und 3 MuSchG)

Name, Vorname

Geburtsdatum

(voraussichtlicher) Entbindungstermin

Telefon-Nr. / E-Mail (freiwillig)

Die Frau ist beschäftigt als:

Arbeitnehmerin (Beschäftigte)

Beamtin/Richterin

Schülerin oder Studentin

Heimarbeiterin

Auszubildende oder Praktikantin i. S. d. § 26 Berufsbildungsgesetz

sonstiges

4. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz / Tätigkeit der Frau bei Bekanntwerden der Schwangerschaft

Die nachstehenden Angaben dienen zur Vermeidung von Rückfragen gemäß § 27 Abs. 2 und Abs. 3 MuSchG

4.1 Tätigkeit / Beschäftigungsort

Die werdende Mutter war bei Bekanntwerden der Schwangerschaft beschäftigt als:

Beruf, Tätigkeit

Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale) / Ausbildungsort (falls abweichend von Nr. 2)

4.2 Arbeitszeit		
wöchentliche Arbeitszeit:	h	tägliche Arbeitszeit: h
4.2.1 Sonn- und Feiertagsarbeit (§ 27 Abs. 1 MuSchG)		
Beschäftigung einer schwangeren / stillenden Frau an Sonn- und Feiertagen (Zulässigkeit siehe § 6 Abs. 1 MuSchG in Verbindung mit § 10 ArbZG)	Ja	Nein
Wenn ja:		
Ausdrückliche Bereitschaftserklärung der Frau liegt vor	Ja	Nein
Ausnahme vom allg. Verbot der Sonn- und Feiertagsarbeit ist nach § 10 ArbZG zulässig	Ja	Nein
Ersatzruhetag im Anschluss an eine Nachtruhe von mind. 11 Stunden wird jede Woche gewährt	Ja	Nein
Alleinarbeit* ist ausgeschlossen	Ja	Nein
Teilnahme einer schwangeren / stillenden Schülerin / Studentin an Ausbildungsveranstaltungen an Sonn- und Feiertagen (Zulässigkeit siehe § 6 Abs. 2 MuSchG)	Ja	Nein
Wenn ja:		
Ausdrückliche Bereitschaftserklärung der Frau liegt vor	Ja	Nein
Teilnahme ist zu Ausbildungszwecken zu dieser Zeit erforderlich	Ja	Nein
Ersatzruhetag im Anschluss an eine Nachtruhe von mind. 11 Stunden wird jede Woche gewährt	Ja	Nein
Alleinarbeit* ist ausgeschlossen	Ja	Nein
4.2.2 Nachtarbeit		
Zwischen 20 Uhr und 22 Uhr (hierzu ist ein Antrag nach § 28 Abs. 1 MuSchG zu stellen)	Ja	Nein
zwischen 22 Uhr und 6 Uhr (hierzu ist ein Antrag nach § 29 Abs. 3 Nr. 1 MuSchG zu stellen)	Ja	Nein
Teilnahme einer schwangeren / stillenden Schülerin / Studentin an Ausbildungsveranstaltungen bis 22 Uhr (Zulässigkeit siehe § 5 Abs. 2 MuSchG)	Ja	Nein
Wenn ja:		
Ausdrückliche Bereitschaftserklärung der Frau liegt vor	Ja	Nein
Teilnahme ist zu Ausbildungszwecken zu dieser Zeit erforderlich	Ja	Nein
Alleinarbeit* ist ausgeschlossen	Ja	Nein
4.3 Gefährdungsbeurteilung der Tätigkeit vor Bekanntwerden der Schwangerschaft (gemäß § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) i. V. m. § 10 MuSchG)		
4.3.1 Physikalische Gefährdungen		
Muss die Beschäftigte regelmäßig Lasten von mehr als 5 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	Ja	Nein
Muss die Beschäftigte gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt? (Falls ja, bitte nähere Angaben)	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte Lärm (Tages-Lärmexpositionspegel 8h über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen [innerhalb von 0,5 s ein Anstieg um mind. 40 dB(A)] ausgesetzt? (Falls ja, bitte nähere Angaben wie Dauerschallpegel, Impulslärm)	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte Erschütterungen, Vibrationen ausgesetzt? (Falls ja, bitte nähere Angaben)	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)? (Falls ja, bitte nähere Angaben, ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird)	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte nichtionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Infrarotstrahlung)? (Falls ja, bitte nähere Angaben)	Ja	Nein

Ist die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr, auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder Kontakt mit aggressiven Personen ausgesetzt? (Falls ja, bitte nähere Angaben)	Ja	Nein
Wird die Beschäftigte auf Beförderungsmitteln eingesetzt?	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder dauernd hocken oder sich gebückt halten muss?	Ja	Nein
Muss die Beschäftigte Schutzausrüstung tragen, die eine besondere Belastung darstellt?	Ja	Nein
Werden von der Beschäftigten Tätigkeiten ausgeführt, die zu erhöhtem Druck im Bauchraum führen können (insbesondere Tätigkeit mit besonderer Fußbeanspruchung)?	Ja	Nein
Werden von der Beschäftigten die Tätigkeiten in Räumen mit Überdruck, mit sauerstoffreduzierter Atmosphäre oder im Bergbau unter Tage ausgeführt?	Ja	Nein
4.3.2 Gefährdung durch chemische Arbeitsstoffe (Falls ja, bitte nähere Angaben)	Ja	Nein
Kann die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden?	Ja	Nein
Werden die Grenzwerte überschritten?	Ja	Nein
Arbeitet die Beschäftigte selbst mit karzinogenen, keimzellmutagenen oder reproduktionstoxischen Gefahrstoffen? (Hat sie z.B. selbst Umgang mit Zytostatika?)	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte den karzinogenen, keimzellmutagenen oder reproduktionstoxischen Gefahrstoffen ausgesetzt z.B. dadurch, dass andere Mitarbeiter im gleichen Arbeitsraum damit arbeiten? (Wird im Raum z.B. mit Zytostatika gearbeitet?)	Ja	Nein
Hat die Beschäftigte Kontakt mit entsprechend eingestuften Gefahrstoffen nach der Kategorie 1, 2 oder 3? Nähere Angaben:	Ja	Nein
4.3.3 Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe (Falls ja, bitte nähere Angaben)	Ja	Nein
Hat die Beschäftigte Kontakt mit Stoffen, Zubereitungen oder Erzeugnissen, die ihrer Art nach Krankheitserreger übertragen können? (z. B. Gewebe, Blut, Körperflüssigkeiten und -ausscheidungen)	Ja	Nein
Kann die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 - 4 (z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten) gefährdet werden?	Ja	Nein
Assistiert die Beschäftigte bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führt diese selbst aus?	Ja	Nein
Hat die Beschäftigte beruflichen Umgang mit Kindern / Jugendlichen? (Falls ja, bitte Altersgruppe(n) auswählen - Mehrfachnennungen möglich)	Ja	Nein
<input type="checkbox"/> <3 Jahre <input type="checkbox"/> 3 - 6 Jahre <input type="checkbox"/> 6 - 10 Jahre <input type="checkbox"/> >10 Jahre		
Ist die Überprüfung der Immunität erfolgt?	Ja	Nein
Falls ja: besteht eine ausreichende Immunität? (z. B. gegen Kinderkrankheiten, wie Röteln, Masern, Mumps, Keuchhusten, Windpocken u.a.) Nähere Angaben:	Ja	Nein
4.3.4 Gefährdung durch Arbeitsbedingungen und Arbeitsverfahren		
Ist die Beschäftigte mit Akkordarbeit oder sonstigen Arbeiten, bei denen durch ein gesteigertes Arbeitstempo ein hohes Entgelt erzielt werden kann beschäftigt?	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte mit getakteter Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo beschäftigt?	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte mit Fließarbeit beschäftigt?	Ja	Nein
Ist die Beschäftigte der erhöhten psychischen Belastung (z.B. durch Alleinarbeit oder übermäßigen Zeitdruck) ausgesetzt?	Ja	Nein
Muss die Beschäftigte ständig stehen (überwiegend bewegungsarme Tätigkeit, die täglich 4 Std. überschreitet)?	Ja	Nein

5. Sonstigen Angaben

Kann die Beschäftigte ihre Tätigkeit am Arbeitsplatz, soweit es für sie erforderlich ist, kurz unterbrechen?	Ja	Nein
Ist ein Hinlegen, Hinsetzen und Ausruhen unter geeigneten Bedingungen möglich?	Ja	Nein
Liegt Alleinarbeit* vor?	Ja	Nein
Liegt ggf. eine betriebsärztliche Stellungnahme vor?	Ja	Nein

6. Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung

Aufgrund der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung (siehe Nr. 4) erfolgten am **jetzigen** Arbeitsplatz folgende

Maßnahme	Beschreibung		
Änderung der Arbeitszeit			
Änderung der Arbeitsbedingungen			
Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz			
teilweise Freistellung (teilweises betriebliches Beschäftigungsverbot)			
völlige Freistellung (vollständiges betriebliches Beschäftigungsverbot)			
Es sind derzeit keine Schutzmaßnahmen erforderlich. Die Frau kann am bisherigen Arbeitsplatz unverändert weiterbeschäftigt werden.			
Wurden die Gefährdungen (siehe Nr. 4) mit den o.g. Maßnahmen ausgeschlossen?		Ja	Nein
Betriebliche Maßnahmen waren nicht erforderlich, da ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG vorliegt.		Ja	Nein
Die Frau wurde über das Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen sowie über die für sie erforderlichen Schutzmaßnahmen informiert.		Ja	Nein

** Alleinarbeit liegt vor, wenn der Arbeitgeber eine Frau an einem Arbeitsplatz in seinem räumlichen Verantwortungsbereich beschäftigt, ohne dass gewährleistet ist, dass sie jederzeit den Arbeitsplatz verlassen oder Hilfe erreichen kann.*

(Datum, Unterschrift des Arbeitgebers)

Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden von der Landesdirektion Sachsen in Erfüllung ihrer Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter dem Link <https://www.ids.sachsen.de/datenschutz> sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.