

Beschäftigung einer werdenden Mutter

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

An die zuständige Arbeitsschutzbehörde

Arbeitgeber (vollständige Anschrift)

Ort, Datum

Ansprechpartner/in im Betrieb

Name:

Funktion:

Telefon:

I. Angaben aufgrund § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Name u. Anschrift der
werdenden Mutter

Voraussichtlicher
Entbindungstermin

II. Angaben aufgrund § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Hinweis: Zur Beantwortung nachfolgender Fragen 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 dieser Fragen freiwillig. Die Beantwortung erspart zusätzliche Rückfragen.

1. Beschäftigt als
(Beruf, Tätigkeit):

Beschäftigungsort
(Zweigstelle, Filiale,
Abteilung):

Das Arbeitsverhältnis ist

unbefristet ☐

befristet bis

2. Heimarbeit

☐

Arbeitszeiten

wöchentliche
Arbeitszeit:

Std.

tägliche
Arbeitszeit:

Std.

Gleitzeit ☐

Arbeitszeit **vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr** ☐

Sonntagsarbeit ☐

Gefährdungsbeurteilung

Liegt nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung nach § 1 der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz eine Gefährdung vor? ☐ ja ☐ nein

Zur Einschätzung der Frage der Einhaltung mutterschutzrechtlicher Vorschriften werden die ergänzenden Angaben auf Seite 2 erbeten.

a)	Muss die werdende Mutter regelmäßig Lasten von mehr als 5 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b)	Muss die werdende Mutter gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c)	Ist die werdende Mutter extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d)	Ist die werdende Mutter 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)	Ist die werdende Mutter ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)? Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
f)	Kann die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
g)	Kann die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
h)	Wird die werdende Mutter 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)	Ist die werdende Mutter erhöhten Unfallgefahren ausgesetzt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
j)	Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen			
k)	Hat die werdende Mutter Umgang mit Zytostatika?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
l)	Hat die werdende Mutter Umgang mit potenziell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial bzw. infizierten Personen? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
m)	Assistiert die werdende Mutter bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führt diese selber aus?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

War bzw. ist danach

- ☐ eine Änderung der Arbeitsbedingungen
- ☐ eine Umsetzung
- ☐ eine teilweise Freistellung von der Arbeit
- ☐ eine völlige Freistellung von der Arbeit

nach Mutterschutzgesetz / Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz erforderlich?

Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin wurde eingeschaltet.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde bereits ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen (vom AG oder Arzt)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht Beratungsbedarf zum MuSchG bzw. zum Beschäftigungsverbot?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

(Unterschrift)

Die zuständige Arbeitsschutzbehörde im Freistaat Sachsen

Landesdirektion Dresden, Abteilung Arbeitsschutz

Stauffenbergallee 2, 01099 Dresden

Tel.: 0351 825-5001

Fax: 0351 825-9700

E-Mail: post.asd@ldd.sachsen.de

Außenstelle Chemnitz

Reichsstraße 39, 09112 Chemnitz

Tel.: 0371 3685-0

Fax: 0371 3685-100

E-Mail: post.asc@ldd.sachsen.de

Außenstelle Leipzig

Oststraße 13, 04317 Leipzig

Tel.: 0341 6973-100

Fax: 0341 6973-110

E-Mail: post.asl@ldd.sachsen.de