

Arbeitgeber (vollständige Anschrift)	Ort, Datum
Zuständige Aufsichtsbehörde für den Mutterschutz	<p style="text-align: center;"><b>Mitteilung über die Beschäftigung einer werdenden Mutter gem. § 5 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz</b></p> <p><b>Hinweis:</b> Zur Beantwortung der Fragen unter Abschnitt 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.</p>

### Ansprechpartner 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)		Das Arbeitsverhältnis ist <input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis
Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)		Heimarbeit <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

#### Arbeitszeit

Wöchentliche Arbeitszeit	Stunden
Tägliche Arbeitszeit	Stunden
Gleitzeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonntagsarbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Arbeitszeit vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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 <b>regelmäßig</b> Lasten von <b>mehr als 5 kg</b> Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
b) Musste die Beschäftigte <b>gelegentlich</b> Lasten von <b>mehr als 10 kg</b> 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 (Tages-Lärmexpositionspegel - $L_{EX,8h}$ ) 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 (Dauerschallpegel, Impulslärm):	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
e) War die Beschäftigte ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)? Falls ja, bitte nähere Angaben, 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? 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, insbesondere der Gefahr, auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder Kontakt mit aggressiven/agitierten Personen ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen**

j) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
k) Hatte die Beschäftigte Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potentiell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
l) 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**

m) Die Beschäftigte hatte Umgang mit Kindern <input type="checkbox"/> < 3 Jahre <input type="checkbox"/> 3 - 6 Jahre <input type="checkbox"/> 6 - 10 Jahre <input type="checkbox"/> > 10 Jahre	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
n) Ist die Überprüfung der Immunität erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

ja  nein

**IV. Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung**

Aufgrund der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung (siehe II.) erfolgte

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1. keine Änderung der Arbeitsbedingungen  | <input type="checkbox"/> keine Änderung Arbeitszeit     |
| <input type="checkbox"/> 2. eine Änderung der Arbeitsbedingungen*  | <input type="checkbox"/> eine Änderung der Arbeitszeit* |
| <input type="checkbox"/> 3. eine Umsetzung*  |   |
| <input type="checkbox"/> 4. eine teilweise Freistellung von der Arbeit*                                      |   |
| <input type="checkbox"/> 5. eine völlige Freistellung von der Arbeit* (Beschäftigungsverbot nach § 4 MuSchG) |   |

\*) Konkrete Angaben unter V.)

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

Damit wurden die oben bejahten Gefährdungen ausgeschlossen

ja  nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden?

ja  nein

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

ja  nein

.....  
(Datum, Unterschrift des Arbeitgebers)