

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

Zuständiges Regierungspräsidium An das Regierungspräsidium Karlsruhe Referat 54.4 Industrie/Arbeitsschutz Fachgruppe Mutterschutz Schlossplatz 1-3 76247 Karlsruhe	Arbeitgeber (vollständige Adresse) Universität Heidelberg Seminarstraße 2 69117 Heidelberg Postanschrift: Postfach 105 760, 69047 Heidelberg
Datum	

Ansprechpartner/in in Betrieb

Name		
Funktion		
Telefonnummer	Faxnummer	E-Mail

I. Angaben aufgrund § 27 Mutterschutzgesetz

Vor- und Nachname der Schwangeren oder stillenden Mutter	Geburtsdatum
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		

Arbeitszeiten

wöchentliche Arbeitszeit:	Std.	maximale tägliche Arbeitszeit:	Std.
<i>Nachtarbeit (20 bis 6 Uhr) ist grundsätzlich verboten und bedarf im Einzelfall immer einer Genehmigung</i>		Nachtarbeit 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? 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
k) War die Arbeitnehmerin in Alleinarbeit tätig? (Alleinarbeit liegt vor, wenn sie nicht jederzeit ihren Arbeitsplatz verlassen kann oder nicht jederzeit Hilfe erreichen kann.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen vor Bekanntwerden der Schwangerschaft

l) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
m) 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
n) 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

o) 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 - 10 Jahre <input type="checkbox"/> >10 Jahre	
p) Überprüfung der Immunität ist erfolgt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

III. Liegt eine aktuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor?

ja nein

IV. Zusätzliche Anforderungen an den Arbeitsplatz

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?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Hinweis: Der Schwangeren ist ein Gespräch über weitere Anpassungen ihrer Arbeitsbedingungen anzubieten

V. Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen (bitte unbedingt durch den Vorgesetzten ausfüllen)

Rangfolge nach § 13 MuSchG

<input type="checkbox"/> Es sind keine besonderen Schutzmaßnahmen erforderlich. Die Frau kann am bisherigen Arbeitsplatz unverändert weiterbeschäftigt werden.
<input type="checkbox"/> Es ist eine Änderung der Arbeitszeit erforderlich. *
<input type="checkbox"/> Es ist eine Umgestaltung der Arbeitsbedingungen erforderlich, deshalb wurden entsprechende Schutzmaßnahmen veranlasst. *
<input type="checkbox"/> Eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes durch entsprechende Schutzmaßnahmen war nicht möglich, deshalb erfolgte eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz. *
<input type="checkbox"/> Umgestaltungs- und Umsetzungsmaßnahmen können nur zu einer zeitweisen Weiterbeschäftigung führen, daher wurde die teilweise Freistellung unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes veranlasst. *
<input type="checkbox"/> Umgestaltungs- und Umsetzungsmaßnahmen sind nicht möglich, daher wurde eine vollständige Freistellung unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes veranlasst.

* > Konkrete Angaben unter VI.

IV. 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

Arbeitgeberseitige Maßnahmen waren nicht erforderlich, weil ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG vorliegt

ja nein

Ort, Datum, _____

Mitarbeiterin (Unterschrift, Telefon) _____

Dienststellenleitung (Stempel, Unterschrift, Telefon) _____

Weiterleitung an das RP am: Durch (Stempel , Unterschrift):
--