



Ort, Datum

Arbeitgeber: (Name, Anschrift, Tel. Fax, E-Mail)

Landesamt für
Umwelt- und Arbeitsschutz
Don- Bosco- Straße 1
66119 Saarbrücken

MITTEILUNG
ÜBER DIE BESCHÄFTIGUNG EINER SCHWANGEREN ODER STILLENDEN FRAU
gem. § 27 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Ansprechpartner/in im Betrieb

Name:

Funktion:

Telefon:

I. Angaben zur schwangeren / stillenden Frau

Vor- und Zuname

Entbindungstermin

II. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz

Beruf / Tätigkeit

Beschäftigungsort
(Zweigstelle, Filiale, Abteilung)

Heimarbeit

Das Arbeitsverhältnis ist

unbefristet

befristet bis

Arbeitszeiten*wöchentliche*
Arbeitszeit

Std.

tägliche
Arbeitszeit

Std.

Gleitzzeit

ja

nein

Arbeitszeit *zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr*

ja

nein

an Sonn-/Feiertagen

ja

nein

Es ist beabsichtigt, die schwangere/stillende Frau weiterhin zu beschäftigen

zwischen 20:00 Uhr und 22:00 Uhr

ja

nein

an Sonn-/Feiertagen

ja

nein

III. Gefährdungsbeurteilung der bisherigen beruflichen Tätigkeit nach § 5 Arbeitsschutzgesetz in Verbindung mit § 10 Mutterschutzgesetz:**durchgeführt von:****A. Physikalische Einwirkungen / körperliche Belastungen**a) War die Beschäftigte ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)?
Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wurde:

ja

nein

b) War die Beschäftigte Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt?
Falls ja, bitte nähere Angaben:

ja

nein

c) War die Beschäftigte Erschütterungen, Vibrationen ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
d) War die Beschäftigte Lärm über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm):	ja	nein
e) War die Beschäftigte in Räumen mit einem Überdruck von mehr als 0,1 bar tätig?	ja	nein
f) War die Beschäftigte in Räumen mit sauerstoffreduzierter Atmosphäre tätig?	ja	nein
g) Musste die Beschäftigte regelmäßig Lasten von mehr als 5 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	ja	nein
h) Musste die Beschäftigte gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?	ja	nein
i) Führte die Beschäftigte Tätigkeiten aus, bei denen sie überwiegend bewegungsarm ständig stehen musste (täglich mehr als vier Stunden)?	ja	nein
j) Führte die Beschäftigte Tätigkeiten aus, bei denen sie sich häufig erheblich strecken, beugen, dauernd hocken, sich gebückt halten oder sonstige Zwangshaltungen einnehmen musste?	ja	nein
k) War die Beschäftigte auf Beförderungsmitteln eingesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
l) 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:	ja	nein
m) Musste die Beschäftigte eine belastende Schutzausrüstung tragen? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
n) Führte die Beschäftigte Tätigkeiten aus, die eine Erhöhung des Drucks im Bauchraum befürchten lassen (z. B. bei besonderer Fußbeanspruchung)? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein
o) Führte die Beschäftigte Akkordarbeit, Fließarbeit oder getaktete Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo aus?	ja	nein
p) War die Beschäftigte einer erhöhten psychischen Belastung ausgesetzt? (z. B. durch Arbeitsdichte, Zeitdruck, emotionale Inanspruchnahme)	ja	nein
q) War die Beschäftigte in Alleinarbeit tätig?	ja	nein

B. Gefahrstoffe

a) War die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz Gefahrstoffen ausgesetzt, die zu bewerten sind als		
- reproduktionstoxisch nach der Kategorie 1A, 1B oder 2 oder nach der Zusatzkategorie für Wirkungen auf oder über die Laktation	ja	nein
- keimzellmutagen nach der Kategorie 1A oder 1B	ja	nein
- karzinogen nach der Kategorie 1A oder 1B	ja	nein
- spezifisch zielorgantoxisch nach einmaliger Exposition nach der Kategorie 1	ja	nein
- akut toxisch nach der Kategorie 1, 2 oder 3	ja	nein
b) War die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz Blei oder Bleiderivaten ausgesetzt?	ja	nein
c) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Gefahrstoffen im Sinne der TRGS 525, d.h. mit Arzneistoffen und Arzneimitteln wie z. B. Zytostatika, Virustatika, Inhalationsnarkotika?	ja	nein

C. Biostoffe

a) War die Beschäftigte einer Verletzungsgefahr durch kontaminierte Sharps (Kanülen, Skalpelle u. ä.) ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein		
b) Hatte die Beschäftigte Umgang mit potenziell infizierten Personen, deren Blut, Ausscheidungen, Körpersekreten oder mit kontaminierten Materialien, z. B. Untersuchungsgut, Wäsche? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein		
c) Betreute oder pflegte die Beschäftigte Kinder?	< 3 Jahre	3 - 6 Jahre	6 - 10 Jahre	> 10 Jahre
d) Hatte die Beschäftigte beruflichen Umgang mit Tieren? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein		
e) Hatte die Beschäftigte sonstigen Umgang mit Biostoffen der Risikogruppen 2 – 4, z. B. mit Toxoplasmen oder Listerien im Lebensmittelbereich; mit Hepatitis A-Viren im Abwasserbereich? Falls ja, bitte nähere Angaben:	ja	nein		

IV. Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung (Rangfolge nach § 13 MuSchG):

1. Es sind keine besonderen Schutzmaßnahmen erforderlich. Die Frau kann am bisherigen Arbeitsplatz unverändert weiterbeschäftigt werden.	ja	nein
2. Es ist eine Umgestaltung der Arbeitsbedingungen erforderlich, deshalb wurden entsprechende Schutzmaßnahmen veranlasst. (konkrete Angaben bitte unten)	ja	nein
3. Es erfolgte eine Umsetzung auf einen anderen geeigneten Arbeitsplatz (konkrete Angaben bitte unten), weil die Umgestaltung der Arbeitsbedingungen nicht möglich ist.	ja	nein
4. Es erfolgte eine teilweise Freistellung unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, weil Umgestaltungs- bzw. Umsetzungsmaßnahmen nur eine zeitweise Weiterbeschäftigung ermöglichen. (konkrete Angaben bitte unten)	ja	nein
5. Es erfolgte eine vollständige Freistellung unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes, weil Umgestaltungs- bzw. Umsetzungsmaßnahmen nicht möglich sind.	ja	nein

Konkrete Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz:

Damit wurden die oben bejahten Gefährdungen ausgeschlossen ja nein

Liegt eine individuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor? ja nein

Die Überprüfung der Immunität ist erfolgt: ja nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden? ja nein

Der schwangeren/stillenden Frau wurde ein Gespräch über die weitere Anpassung der Arbeitsbedingungen angeboten. ja nein

Die schwangere/stillende Frau wurde über die Gefährdungsbeurteilung und die erforderlichen Schutzmaßnahmen informiert am:

V. Liegt ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG vor? ja nein

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Arbeitgebers)