

Arbeitgeber (vollständige Anschrift)

Ort

Datum

Bitte ausgefüllt zurücksenden an

Landesamt für Arbeitsschutz,
Soziales und Gesundheit
Seekoppelweg 5a
24113 Kiel

Tel: 0431 220040-10

E-Mail: mutterschutz.meldungen@lasg.landsh.de

**Auskünfte gem. § 27 Abs. 2
Mutterschutzgesetz (MuSchG)**

Hinweis: Zur Beantwortung der Fragen nach § 27 Abs. 2 MuSchG sind Sie verpflichtet, wenn Sie hierzu eine besondere Aufforderung erhalten haben.

Ansprechpartner/in im Betrieb

Name:

Funktion:

Telefon:

E-Mail:

I. Angaben aufgrund § 27 Abs. 1 Nummer 1 Mutterschutzgesetz

Vor- und Zuname der werdenden Mutter

Voraussichtlicher Entbindungstermin

Beschäftigungsart: Schülerin/Studentin
 Beamtin
 Sonstige Beschäftigte

II. Angaben aufgrund § 27 Abs. 2 Mutterschutzgesetz

1. Beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit)

Das Arbeitsverhältnis ist
unbefristet

Anschrift Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)

befristet bis

2. Heimarbeit

Arbeitszeiten	wöchentlichen Arbeitszeit	tägliche Arbeitszeit	Gleitzeit	Sonntagsarbeit
	Stunden	Stunden		

Beschäftigung zwischen 20:00 Uhr und 22:00 Uhr (Wenn, ja ist ein Genehmigungsantrag nach § 28 MuSchG erforderlich)	ja	nein
---	----	------

Beschäftigung zwischen 22:00 Uhr und 06:00 Uhr (Wenn, ja ist ein Genehmigungsantrag nach § 29 Abs. 3 Nr. 1 erforderlich)	ja	nein
---	----	------

Diese Meldung ersetzt nicht die erforderlichen Anträge nach § 28 Abs. 1 MuSchG und § 29 Abs. 3 Nr. 1 MuSchG.

Liegt nach dem Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 10 Abs. 1 MuSchG in Verbindung mit § 5 ArbSchG eine Gefährdung vor?	ja	nein
---	----	------

Aufgrund des Ergebnisses der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 10 Abs. 1 MuSchG in Verbindung mit § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) erfolgte:

keine Maßnahmen erforderlich; es liegt keine Gefährdung vor

eine Änderung der Arbeitsbedingungen

eine Änderung der Arbeitszeit

eine Umsetzung

eine teilweise Freistellung von der Arbeit

eine völlige Freistellung von der Arbeit (betriebliches Beschäftigungsverbot nach § 13 MuSchG)

es wurde ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG ausgesprochen

Durch die eingeleiteten Maßnahmen wurden folgende Gefährdungen ausgeschlossen:

- | | | |
|---|----|------|
| a) Physikalische Einwirkungen (z. B. Heben, Tragen und Bewegen von Lasten, Hitze, Kälte, Nässe, Lärm) | ja | nein |
| b) Gefahrstoffe (sehr giftige, giftige, gesundheitsschädliche, krebserzeugende, fruchtschädigende, erbgutverändernde) | ja | nein |
| c) Biologische Arbeitsstoffe (Bakterien, Viren, Pilze, etc.) | ja | nein |
| d) Sonstige (z. B. ständiges Stehen, erhebliches Strecken, Beugen, Hocken, sich gebückt halten, erhöhte Unfallgefahr ...) | ja | nein |

Ich beabsichtige, eine schwangere oder stillende Frau nach § 6 MuSchG an Sonn- und Feiertagen zu beschäftigen. Die Einverständniserklärung der Frau liegt mir vor. Sie kann diese jederzeit widerrufen.	ja	nein
--	----	------

Ich beabsichtige, eine schwangere oder stillende Frau mit getakteter Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo zu beschäftigen. (Diese Angabe ersetzt nicht den erforderlichen Antrag nach § 29 Abs. 3 Nr. 8 MuSchG)	ja	nein
--	----	------

Ich beabsichtige, eine schwangere oder stillende Frau in Ausbildung nach § 5 Absatz 2 MuSchG an Ausbildungsveranstaltungen bis 22 Uhr teilnehmen zu lassen. Die Einverständniserklärung der Frau liegt mir vor. Sie kann diese jederzeit widerrufen.	ja	nein
---	----	------

Zur Einschätzung der Frage der Einhaltung mutterschutzrechtlicher Vorschriften werden folgende ergänzende Angaben erbeten:

- | | | |
|--|----|------|
| a) Muss die werdende Mutter regelmäßig Lasten von mehr als 5 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern? | ja | nein |
| b) Muss die werdende Mutter gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern? | ja | nein |
| c) Ist die werdende Mutter extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt?
Falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |

- d) Ist die werdende Mutter Lärm über 80dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen ausgesetzt?
Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm): ja nein
- e) Ist die werdende Mutter ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)?
Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere, ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird: ja nein
- f) Kann die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden?
Falls ja, bitte nähere Angaben: ja 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: ja 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? ja nein
- i) Ist die werdende Mutter erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder durch Kontakt mit aggressiven/agitierten Personen ausgesetzt?
Falls ja, bitte nähere Angaben: ja nein
- j) Ist die werdende Mutter einer erhöhten psychischen Belastung ausgesetzt,
z. B. Alleinarbeit, übermäßiger Zeitdruck? ja nein
- Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden? ja nein
Falls ja,
in Gebäude Raum

Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen

- a) Hat die werdende Mutter Umgang mit Zytostatika? ja nein
- b) Hat die werdende Mutter Umgang mit potentiell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial bzw. infizierten Personen?
Falls ja, bitte nähere Angaben: ja nein
- c) Assistriert die werdende Mutter bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führt diese selber aus? ja nein
- Liegt eine individuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor?** ja nein

(Unterschrift)