

# Benachrichtigung

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

Unlizenziertes Muster-Formular

Zuständiges Regierungspräsidium	Arbeitgeber (vollständige Adresse)
Datum	

### Ansprechpartner/in in Betrieb / Schule / Hochschule

Name	
Funktion	
Telefonnummer	E-Mail

### I. Angaben aufgrund § 27 Mutterschutzgesetz

<u>Nachname</u> der schwangeren oder stillenden Frau	<u>Vorname</u> der schwangeren oder stillenden Frau
(voraussichtlicher) Entbindungstermin	

### II. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz VOR Bekanntwerden der Schwangerschaft

kurze Beschreibung der Tätigkeit vor der Schwangerschaft (aussagekräftig)				
Beschäftigungsort (Adresse)				
<input type="checkbox"/> Arbeitnehmerin	<input type="checkbox"/> Beamtin	<input type="checkbox"/> Schülerin / Studentin (nur bei Ausbildungsveranstaltungen)		
<input type="checkbox"/> Home-Office	<input type="checkbox"/> Außendienst	<input type="checkbox"/> Akkordarbeit	<input type="checkbox"/> Fließarbeit	<input type="checkbox"/> Heimarbeit

<b>Getaktete Arbeit</b> mit vorgeschriebenem Arbeitstempo  <i>(benachrichtigungspflichtig; Angabe hier gilt als Benachrichtigung)</i>	- vor Bekanntwerden der Schwangerschaft <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>  - nach Bekanntwerden der Schwangerschaft (zulässig nur, wenn die getaktete Arbeit oder das Arbeitstempo für die schwangere Frau oder ihr ungeborenes Kind keine unverantwortbare Gefährdung darstellt) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### 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> <b>Antrag stellen</b>	<b>Nachtarbeit</b> zwischen 20 und 6 Uhr - vor Bekanntwerden der Schwangerschaft <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> - nach Bekanntwerden der Schwangerschaft <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>
<i>Sonn-/ Feiertagsarbeit sind nur unter den Bedingungen des § 6 MuSchG i. V. m. § 10 ArbZG zulässig und benachrichtigungspflichtig; Angabe hier gilt als Benachrichtigung;</i> <b>bitte Bereitschaftserklärung der Frau beifügen</b>	<b>Sonn- oder Feiertagsarbeit</b> - vor Bekanntwerden der Schwangerschaft <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span> - nach Bekanntwerden der Schwangerschaft <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>

**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 <b>regelmäßig</b> Lasten von mehr als <b>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 mehr als <b>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 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? (z. B. Borrelien, Influenzaviren, Zytomegalieviren, Noroviren, SARS-CoV-2) 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

### Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen VOR Bekanntwerden der Schwangerschaft

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

n) 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 - 15 Jahre <input type="checkbox"/> >15 Jahre	
o) Überprüfung der Immunität hinsichtlich schwangerschaftsrelevanter Infektionskrankheiten ist erfolgt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### III. Liegt eine aktuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor?

ja    nein

**IV. Zusätzliche Anforderungen**

Ist sichergestellt, dass die Schwangere/ Stillende ihre Tätigkeit kurz unterbrechen kann, wenn es für sie erforderlich ist?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind 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? <small>Hinweis: Der Schwangeren/ Stillenden ist ein Gespräch über weitere Anpassungen ihrer Arbeitsbedingungen anzubieten.</small>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muss die Schwangere am Arbeitsplatz persönliche Schutzausrüstung (z.B. FFP2-Maske) tragen? Wenn „Ja“, <b>wie lange</b> in der Summe während der Arbeitszeit pro Tag? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sind ausreichende Tragepausen gewährleistet?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**V. Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen**

Rangfolge nach § 13 MuSchG (bitte unbedingt ausfüllen)

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

\* konkrete Angaben unter VI.

**VI. 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

Es wurde ein vollständiges ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG ausgesprochen, daher waren arbeitgeberseitige Maßnahmen nicht erforderlich. Bitte Attest beifügen.  ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift