

Arbeitgeber (vollständige Anschrift )

Ort, Datum

**Auskünfte gem. § 19 Abs. 1  
Mutterschutzgesetz**

**Hinweis:** Zur Beantwortung der Fragen nach § 19 Abs. 1 MuSchG sind Sie verpflichtet, wenn Sie hierzu eine besondere Aufforderung erhalten haben.

**Ansprechpartner/in im Betrieb**

Name:

Funktion:

Telefon:

**I. Angaben aufgrund § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz**

Vor- und Zuname der werdenden Mutter

Voraussichtlicher Entbindungstermin

**II. Angaben aufgrund § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz**

1. Beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit)  
Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)

Das Arbeitsverhältnis ist unbefristet  
befristet bis

2. Heimarbeit

**Arbeitszeiten**

*wöchentliche* Arbeitszeit

Std.

*tägliche* Arbeitszeit

Std.

Gleitzeit

Arbeitszeit vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr

Sonntagsarbeit

**Gefährdungsbeurteilung**

Liegt nach dem Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung nach § 1 der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz eine Gefährdung vor? ja nein

**War bzw. ist danach**

- eine Änderung der Arbeitsbedingungen
- eine Umsetzung
- eine teilweise Freistellung von der Arbeit
- eine völlige Freistellung von der Arbeit

**nach Mutterschutzgesetz / Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz erforderlich?**

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

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

- |       |   |    |      |
|-------|---|----|------|
| a)    | Muss die werdende Mutter <b>regelmäßig</b> Lasten von mehr als <b>5 kg</b> Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern ?   | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
| b)    | Muss die werdende Mutter <b>gelegentlich</b> Lasten von mehr als <b>10 kg</b> Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern ?  | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
| c)    | Ist die werdende Mutter extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt?<br>Falls ja, bitte nähere Angaben:   | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
| d)    | Ist die werdende Mutter Lärm über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen ausgesetzt?<br>Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm):   | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
| e)    | Ist die werdende Mutter ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen) ?<br>Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird:                        | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
| f)    | Kann die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden?<br>Falls ja, bitte nähere Angaben:  | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
| g)    | Kann die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden ?<br>Falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
| 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 |
| <hr/> |   |    |      |
| i)    | Ist die werdende Mutter erhöhten Unfallgefahren ausgesetzt?   | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
|       | 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 |
| <hr/> |   |    |      |
| b)    | Hat die werdende Mutter Umgang mit potenziell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial bzw. infizierten Personen ?<br>Falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
| c)    | Assistiert die werdende Mutter bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führt diese selber aus ?   | ja | nein |
| <hr/> |   |    |      |
|       | <b>Der Betriebsarzt/Die Betriebsärztin wurde eingeschaltet.</b>   | ja | nein |

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)