

Arbeitgeber (vollständige Anschrift)

[Empty box for employer address]

Ort

[Empty box for location]

Datum

[Empty box for date]

Bitte ausgefüllt zurücksenden an

Staatliche Arbeitsschutzbehörde bei
der Unfallkasse Nord
Seekoppelweg 5a
24113 Kiel

Fax: 0431 220040-650

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

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

Ansprechpartner/in im Betrieb

Name: [Empty box]

Funktion: [Empty box]

Telefon: [Empty box]

E-Mail:

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

Vor- und Zuname der werdenden Mutter [Empty box]

Voraussichtlicher Entbindungstermin [Empty box]

- Beschäftigungsart:
- Schülerin/Studentin
 - Beamtin
 - Sonstige Beschäftigte

II. Angaben aufgrund § 27 Abs. 2 Mutterschutzgesetz

1. Beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit) [Empty box]

Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung) [Empty box]

Das Arbeitsverhältnis ist

unbefristet

befristet bis [Empty box]

2. Heimarbeit

Arbeitszeiten wöchentlichen Arbeitszeit tägliche Arbeitszeit

[Empty box] Stunden [Empty box] Stunden

Gleitzeit Sonntagsarbeit

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:

- 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, ergutverändernde) 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. ja nein

Die Einverständniserklärung der Frau liegt mir vor. Sie kann diese jederzeit widerrufen.

Ich beabsichtige, eine schwangere oder stillende Frau mit getakteter Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo zu beschäftigen. ja nein

(Diese Angabe ersetzt nicht den erforderlichen Antrag nach § 29 Abs. 3 Nr. 8 MuSchG)

Ich beabsichtige, eine schwangere oder stillende Frau in Ausbildung nach § 5 Absatz 2 MuSchG an Ausbildungsveranstaltungen bis 22 Uhr teilnehmen zu lassen. ja nein

Die Einverständniserklärung der Frau liegt mir vor. Sie kann diese jederzeit widerrufen.

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? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben:

d) Ist die werdende Mutter Lärm über 80dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen ausgesetzt? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm):

e) Ist die werdende Mutter ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere, ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird:

f) Kann die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben:

g) Kann die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 - 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben:

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? ja nein
Falls ja, bitte nähere Angaben:

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? ja nein

Falls ja, bitte nähere Angaben:

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)