

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

Zuständiges Regierungspräsidium  <b>An das Regierungspräsidium Karlsruhe Referat 54.4 (Mutterschutz) Schlossplatz 1 - 3 76247 Karlsruhe</b>	Arbeitgeber (vollständige Adresse)  Universität Heidelberg  Seminarstraße 2 69117 Heidelberg  Postanschrift: Postfach 105 760, 69047 Heidelberg
Datum:	

### Ansprechpartner/in im Betrieb

Name	
Funktion	
Telefonnummer	E-Mail

### I. Angaben aufgrund § 27 Mutterschutzgesetz

Nachname, Vorname der Schwangeren oder stillenden Mutter	Geburtsdatum:
Voraussichtlicher Entbindungstermin	

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

Vor Bekanntwerden der Schwangerschaft beschäftigt als (Berufsbild Tätigkeit; Azubi: Art der Ausbildungstätigkeit)				
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

Getaktete Arbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo	- vor Bekanntwerden der Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<i>(benachrichtigungspflichtig, Angabe hier gilt als Benachrichtigung)</i>	- nach Bekanntwerden der Schwangerschaft die Art der Arbeit oder das Arbeitstempo stellt für die schwangere Frau oder ihr Kind keine unverantwortbare Gefährdung dar	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

### Arbeitszeiten

wöchentliche Arbeitszeit:	Std.	tägliche Arbeitszeit:	Std.	
<i>Nachtarbeit (20 bis 6 Uhr) ist grundsätzlich verboten und bedarf im Einzelfall immer einer Genehmigung</i>		zwischen 20.00 Uhr und 6.00 Uhr		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<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>Sonn- oder Feiertagsarbeit</b>		
		- vor Bekanntwerden der Schwangerschaft		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		- nach Bekanntwerden der Schwangerschaft		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**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? 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
k) War die Arbeitnehmerin in Alleinarbeit tätig? (Alleinarbeit liegt vor, wenn sie nicht jederzeit ihren Arbeitsplatz verlassen kann oder nicht jederzeit Hilfe erreichen kann.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen vor Bekanntwerden der Schwangerschaft**

l) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
m) 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
n) 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 vor Bekanntwerden der Schwangerschaft**

o) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Kindern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> < 3 Jahre <input type="checkbox"/> 3 - 6 Jahre <input type="checkbox"/> 6 - 10 Jahre <input type="checkbox"/> >10 Jahre	
p) Überprüfung der Immunität ist erfolgt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

III. Liegt eine aktuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor?

ja  nein

IV. Zusätzliche Anforderungen an den Arbeitsplatz

Ist sichergestellt dass die Schwangere ihre Tätigkeit jederzeit kurz unterbrechen kann wenn es für sie erforderlich ist?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist ein Ausruhen unter geeigneten Bedingungen möglich? (z.B. separater Ruheraum)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist eine geeignete Liegemöglichkeit bereitgestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wurde die Beschäftigte über die Gefährdungsbeurteilung und die ggf. erforderlichen Schutzmaßnahmen informiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

V. Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen

Rangfolge nach § 13 MuSchG (bitte unbedingt ausfüllen)

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

IV. Angaben zu den jetzigen Tätigkeiten der Arbeitnehmerin nach dem Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen:

--

Damit wurden alle Gefährdungen ausgeschlossen

ja  nein

Arbeitsseitige Maßnahmen waren nicht erforderlich, weil ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG vorliegt

ja  nein

Ort, Datum, \_\_\_\_\_

Mitarbeiterin (Unterschrift, Telefon) \_\_\_\_\_

Dienststellenleitung (Stempel, Unterschrift, Telefon) \_\_\_\_\_