

**Landesamt für Gesundheit und Soziales – LAGuS
Abteilung Arbeitsschutz**

Standort Schwerin

Friedrich-Engels-Str. 47
19061 Schwerin

Tel.: 0385 588-59962

E-Mail:

poststelle.arbsch.sn@lagus.mv-regierung.de

Standort Rostock

Friedrich-Engels-Platz 5-8
18055 Rostock

Tel.: 0385 588-59952

E-Mail:

poststelle.arbsch.hro@lagus.mv-regierung.de

Standort Stralsund

Frankendamm 17
18439 Stralsund

Tel.: 0385 588-59982

E-Mail:

poststelle.arbsch.hst@lagus.mv-regierung.de

Standort Neubrandenburg

Neustrelitzer Straße 120
17033 Neubrandenburg

Tel.: 0385 588-59972

E-Mail:

poststelle.arbsch.nb@lagus.mv-regierung.de

**Mitteilung über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau
gem. § 27 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 27 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG)**

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Name:

Anschrift:

Telefon / Fax / E-Mail:

Ansprechpartner/in

Name:

Funktion:

Telefon / Fax / E-Mail:

1. Angaben aufgrund von § 27 Abs. 1 MuSchG

Schülerin

Studentin

Arbeitnehmerin

Beamtin

sonstige Beschäftigte

Vor- und Zuname der werdenden Mutter:

voraussichtlicher Entbindungstermin:

2. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz

vor Bekanntwerden der Schwangerschaft beschäftigt als:
(Beruf, Tätigkeit)

Das Arbeitsverhältnis ist unbefristet

befristet bis

Beschäftigungsort:
(Zweigstelle, Filiale, Abteilung)

Heimarbeit

ja

nein

Arbeitszeiten:

wöchentlich (Std.):

täglich (Std.):

Gleitzeit: ja nein

vor 06:00 Uhr oder nach 20:00 Uhr: ja nein

Sonn-/ Feiertagsarbeit: ja nein

Nachtarbeit bzw. Sonn- und Feiertagsarbeit sind für eine schwangere oder stillende Frau nicht zulässig (§§ 5 + 6 MuSchG).

Für die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau zwischen 20:00 und 22:00 Uhr ist nach § 28 MuSchG eine Ausnahmegenehmigung beim zuständigen Standort des LAGuS Abteilung Arbeitsschutz und technische Sicherheit zu beantragen.

3. Gefährdungsbeurteilung der bisherigen beruflichen Tätigkeit nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) in Verbindung mit § 10 MuSchG

a) Musste die Beschäftigte **regelmäßig** Lasten von mehr als **5 kg** Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern? ja nein

b) Musste die Beschäftigte **gelegentlich** Lasten von mehr als **10 kg** Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern? ja nein

- | | | |
|--|----|------|
| c) War die Beschäftigte extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt?
falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |
| d) War die Beschäftigte Lärm über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen, Erschütterungen, Überdruck oder sauerstoffreduzierter Atmosphäre ausgesetzt?
falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulsärm): | ja | nein |
| e) War die Beschäftigte ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)?
falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wurde: | ja | nein |
| f) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden?
falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |
| g) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch Biostoffe der Risikogruppen 2 - 4 (z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten) gefährdet werden?
falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |
| h) War die Beschäftigte mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder dauernd hocken oder sich gebückt halten musste? | ja | nein |
| i) War die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren (z. B. der Gefahr auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder durch Kontakt zu aggressiven/ agitierten Personen oder durch die Beschäftigung auf Beförderungsmitteln) ausgesetzt?
falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |
| j) War die Beschäftigte einer erhöhten psychischen Belastung (z .B. Allein-, Akkordarbeit, übermäßiger Zeitdruck) ausgesetzt?
falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |

zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen:

- | | | |
|---|----|------|
| k) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika? | ja | nein |
| l) Hatte die Beschäftigte Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potenziell infektiösem Material (z. B. Blut, Körpersekret, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial)?
falls ja, bitte nähere Angaben: | ja | nein |
| m) Assistierte die Beschäftigte bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führte diese selber aus? | ja | nein |

zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern:

- | | | | | | | | |
|---|-----------|---|-------------|---|--------------|---|-----------|
| n) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Kindern? | < 3 Jahre | / | 3 - 6 Jahre | / | 6 - 10 Jahre | / | >10 Jahre |
| o) Überprüfung der Immunität ist erfolgt: | ja | | nein | | | | |

4. Liegt eine individuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor? ja nein

5. Veranlasste Schutzmaßnahmen aufgrund des Ergebnisses der Gefährdungsbeurteilung

keine Änderung der Arbeitsbedingungen
 Änderung der Arbeitsbedingungen → konkrete Angaben unter 6.
 Umsetzung → konkrete Angaben unter 6.
 teilweise Freistellung von der Arbeit → konkrete Angaben unter 6.
 völlige Freistellung von der Arbeit → betriebliches Beschäftigungsverbot nach § 13 MuSchG

keine Änderung der Arbeitszeit
 Änderung der Arbeitszeit → konkrete Angaben unter 6.

6. Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz bzw. der jetzigen Arbeitszeit

Die unter 3. festgestellten Gefährdungen wurden damit ausgeschlossen ja nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden? ja nein

7. Mitteilungen nach § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 MuSchG

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

Ich beabsichtige, eine schwangere oder stillende Frau nach den Vorgaben des § 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 zu beschäftigen. Eine unverantwortbare Gefährdung besteht dadurch nicht. ja nein

8. Wurde ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG ausgesprochen?

ja nein

Teilweises Beschäftigungsverbot ja nein

Datum

Unterschrift des Arbeitgebers