# Regierung von Unterfranken Gewerbeaufsichtsamt

Postfach 6349

97013 Würzburg

**Benachrichtigung über die Beschäftigung bzw. Tätigkeit einer schwan- geren oder stillenden Frau**

**Hinweise**

Zur Beantwortung der Fragen ab Nr. 3 sind Sie aufgrund § 27 Abs. 3 MuSchG verpflichtet, wenn Sie hierzu besondere Aufforderung erhalten haben. Im Rahmen der Mitteilung nach § 27 Abs. 1 Nr. 1 MuSchG ist die Beantwortung der Fragen ab Nr. 3 freiwillig. Die Be- antwortung erspart zusätzliche Rückfragen.

Bei einem Leiharbeitsverhältnis müssen sowohl Entleiher als auch Verleiher eine Meldung an das für Sie jeweils zuständige Gewerbe- aufsichtsamt übermitteln.

Wurde die Behörde bereits über die Schwangerschaft der Frau informiert, ist eine Benachrichtigung, dass sie stillt nicht erforderlich.

## Arbeitgeber

Name

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Betrieb

Name

Vorname

Funktion

Telefon

Fax

E-Mail

1. **Angaben zur geschützten Frau aufgrund § 27 Abs. 1 MuSchG**

schwanger stillend

Name

Vorname

Geburtsdatum

voraussichtlicher Entbindungstermin

Beschäftigungsort

Zweigstelle, Filiale, Abteilung, Heimarbeit

ruf\_**1a-009**/12.17

## Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz aufgrund § 27 Abs. 3 MuSchG

Vor Bekanntwerden der Schwangerschaft des Stillens beschäftigt als

|  |  |
| --- | --- |
| Beruf, TätigkeitPädagogische Mitarbeiterin im Bereich Schulkinder | Datum |

Das Beschäftigungsverhältnis bzw. die Tätigkeit ist: unbefristet

befristet bis:

Datum

**Arbeitszeiten**

wöchentliche Arbeitszeit Stunden

maximale tägliche Arbeitszeit Stunden

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Arbeitszeit vor 6:00 Uhr oder nach 20:00 Uhr | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| Sonn- und Feiertagsarbeit | [ ]  Ja | [x]  Nein |

**Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Musste die Frau ohne mechanische Hilfsmittel regelmäßig Lasten von mehr als 5 Kilogramm Gewicht oder gelegentlich Lasten von mehr als 10 Kilogramm Gewicht von Hand heben, halten, bewegen oder befördern?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. Musste die Frau mit mechanischen Hilfsmitteln Lasten von Hand heben, halten, bewegen oder befördern und entsprach dabei ihre körperliche Beanspruchung der von Arbeiten nach Buchstabe a)?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. War die Frau schädlichen Einwirkungen extremer Hitze, Kälte, Nässe, Erschütterungen oder Vibrationen ausgesetzt?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. War die Frau Lärm (Tages-Lärmexpositionspegel - LEX, 8h) über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen (innerhalb von 0,5 s ein Anstieg um mind. 40dB(A)) ausgesetzt?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. War die Frau gesundheitsgefährdender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgen- strahlen)?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. Konnte die Frau an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. Konnte die Frau an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risi- kogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden?
 | [x]  Ja | [ ]  Nein |
| 1. War die Frau mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich häufig erheblich strecken, beugen, dauernd hocken, sich gebückt halten oder sonstige Zwangshaltungen einnehmen musste?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. War die Frau auf Beförderungsmitteln beschäftigt?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. War die Frau erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr, auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder Kontakt mit aggressiven/agitierten Personen ausgesetzt?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. Musste die Frau bei ihren Tätigkeiten eine Schutzausrüstung tragen (z. B. ein Atemschutzgerät)?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. Musste die Frau Tätigkeiten mit besonderer Fußbeanspruchung durchführen?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. Musste die Schwangere alleine arbeiten? (z.B. Randzeiten)
 | [x]  Ja | [ ]  Nein |

**Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Hatte die Frau Umgang mit Zytostatika?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |
| 1. Hatte die Frau Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potentiell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial?
 | [ ]  Ja | [x]  Nein |

**Zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Hatte die Frau Umgang mit Kindern?

[ ]  jünger als 3 Jahre[ ]  3 bis 6 Jahre[ ]  6 bis 10 Jahre[ ]  älter als 10 Jahre | [x]  Ja | [ ]  Nein |
| 1. Überprüfung der Immunität ist erfolgt
 | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

**Optionale weitere Erläuterungen zur bisherigen Tätigkeit**

|  |
| --- |
| Erläuterungen |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Liegt eine betriebsärztliche Stellungnahme vor?**
 | [x]  Ja | [ ]  Nein |

1. **Gefährdungsbeurteilung**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hinweise:**Der Arbeitgeber hat nach § 9 MuSchG die Pflicht, durch eine Beurteilung gemäß § 10 MuSchG der für die geschützte Frau mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (Gefährdungsbeurteilung).Die Angaben ab Nr. 3 dienen lediglich zur Information der Behörde und **stellen keine vollständige Gefährdungsbeurteilung dar** |  |  |
| Wurde der Arbeitsplatz der Frau hinsichtlich der Arbeitszeiten, der Einwirkung vonGefahrstoffen, biologischen Arbeitsstoffen und physikalischen Schadfaktoren sowiepsychischen Belastungen beurteilt (Gefährdungsbeurteilung)? | [x]  Ja | [ ]  Nein |
| Wurde die geschützte Frau nach § 14 Abs. 3 MuSchG über die für sie erforderlichenSchutzmaßnahmen (§ 10 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit § 13 MuSchG) informiertund ist das Angebot eines Gesprächs mit der Frau über eine weitere Anpassung ihrer Arbeitsbedingungen nach § 10 Abs. 2 Satz 2 MuSchG oder der Zeitpunkt einessolchen Gespräches dokumentiert? | [x]  Ja | [ ]  Nein |
| Wurden nach Maßgabe der Gefährdungsbeurteilung die für die geschützte Frau erforderlichen Schutzmaßnahmen nach §10 Abs. 2 Satz 1 MuSchG unverzüglich fest-gelegt, sobald die Frau dem Arbeitgeber mitgeteilt hat, dass sie schwanger ist oderstillt? | [x]  Ja | [ ]  Nein |
|  |  |  |
| Aufgrund der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung waren erforderlich:[ ]  **Schutzmaßnahmen**[ ]  eine **Umgestaltung der Arbeitsbedingungen** *(konkrete Angaben unter 6.)*[ ]  **keine** Änderung der Arbeitszeit[ ]  **eine** Änderung der Arbeitszeit *(konkrete Angaben unter 6.)*[ ]  eine **Umsetzung** *(konkrete Angaben unter 6.)*[ ]  eine **teilweise Freistellung** von der Beschäftigung bzw. Tätigkeit *(konkrete Angaben unter 6.)*[ ]  eine **völlige Freistellung** von der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (Beschäftigungsverbot nach § 13 Abs. 1 Nr. 3 MuSchG) |  |  |

**6. Konkrete Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz bzw. zur jetzigen Arbeitszeit**

|  |
| --- |
| Angaben |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wurden durch die getroffenen Maßnahmen die unverantwortbaren Gefährdungen für die schwangere oder stillende Frau ausgeschlossen?** | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
| Ist sichergestellt, dass sich die schwangere oder stillende Frau während der Pausen und Tätigkeitsunterbrechungen unter geeigneten Bedingungen hinlegen, hinsetzen und ausruhen kann? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |
|  |  |  |
| **7.** Wurde ein individuelles Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG von einem Arzt ausgesprochen? | [ ]  Ja | [ ]  Nein |

Ort, Datum Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers