

Arbeitgeberin / Arbeitgeber bzw. ihr / ihm Gleichgestellte

Name der Firma / Institution:	
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:
Telefon:	E-Mail:

Bitte zuständige Bezirksregierung wählen

Mitteilung nach § 27 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG) über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau

Angaben zur schwangeren bzw. stillenden Frau

Titel:	Name:
Vorname:	
Geburtsdatum:	voraussichtlicher Entbindungstermin:
Mitteilung der schwangeren / stillenden Frau an die Arbeitgeberin / den Arbeitgeber am:	

Angaben zum Beschäftigungsort

Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Dienststelle, Abteilung):	
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:

Angaben zur Ansprechpartnerin / zum Ansprechpartner

Titel:	Name:
Vorname:	
Telefon:	E-Mail:

Angezeigt wird: <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Stillzeit <input type="checkbox"/> Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen <input type="checkbox"/> getaktete Arbeit <input type="checkbox"/> keines von beiden
Die schwangere / stillende Frau ist eine <input type="checkbox"/> Beschäftigte <input type="checkbox"/> unbefristetes Beschäftigungsverhältnis <input type="checkbox"/> befristetes Beschäftigungsverhältnis bis: _____ <input type="checkbox"/> Beamtin / Richterin im Land (z. B. Landes- oder Kommunalbeamtinnen) <input type="checkbox"/> Beamtin des Bundes <input type="checkbox"/> Frau in betrieblicher Ausbildung <input type="checkbox"/> Praktikantin nach § 26 Berufsausbildung <input type="checkbox"/> Freiwillige im Jugendfreiwilligendienst oder im Bundesfreiwilligendienst <input type="checkbox"/> Frau mit Behinderung, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt ist <input type="checkbox"/> Heimarbeiterin bzw. ihr Gleichgestellte nach dem Heimarbeitsgesetz <input type="checkbox"/> sonstige arbeitnehmerähnliche Person <input type="checkbox"/> Frau, die als Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, Diakonissin o. ä. für diese Gemeinschaft tätig ist

Die nachstehenden Angaben dienen der Vermeidung von Rückfragen gem. § 27 Abs. 2 MuSchG:

Angaben zur Arbeitszeit	wöchentlich max. _____ Std.	täglich max. _____ Std.	Std.
• zwischen 20:00 Uhr und 22:00 Uhr (hierzu ist ein gesonderter Antrag nach § 28 Abs. 1 MuSchG zu stellen)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
• zwischen 22:00 Uhr und 06:00 Uhr (hierzu ist ein gesonderter Antrag nach § 29 Abs. 3 Nr. 1 MuSchG zu stellen)		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Sonn- und Feiertagsarbeit ja nein

Bei „ja“ bitte Folgendes ergänzen (§ 6 Abs. 1 S. 2 MuSchG):

- Bereitschaft wurde von der Frau ausdrücklich erklärt ja nein
- als Ausnahme nach § 10 Arbeitszeitgesetz zugelassen ja nein
- Gewährung Ersatzruhetag im Anschluss an Nachruhezeit von mind. 11 Std. ja nein
- nur bei schwangeren Frauen:
Eine unverantwortbare Gefährdung durch Alleinarbeit liegt nicht vor vor

Tätigkeit vor Bekanntwerden der Schwangerschaft
(Beruf / Art der Tätigkeit):

Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen / Schutzmaßnahmen (§§ 10, 13 MuSchG)

Die Arbeitsbedingungen der oben benannten schwangeren / stillenden Frau wurden vom Arbeitgeber im Hinblick auf mögliche Gefährdungen nach Art, Ausmaß und Dauer insbesondere hinsichtlich der Arbeitszeiten, der Einwirkung von Gefahrstoffen, biologischen Arbeitsstoffen und physikalischen Schadfaktoren überprüft und mit folgendem Ergebnis beurteilt:

Eine unverantwortbare Gefährdung liegt **nicht** vor. Schutzmaßnahmen sind nicht erforderlich.

Die **Arbeitsbedingungen** wurden durch folgende Schutzmaßnahmen **umgestaltet**:

Unverantwortbare Gefährdungen wurden durch einen **Wechsel** auf folgenden geeigneten **Arbeitsplatz** ausgeschlossen:

betriebliches Beschäftigungsverbot
(nur wenn unverantwortbare Gefährdungen weder durch Umgestaltung der Arbeitsbedingungen noch durch Arbeitsplatzwechsel auszuschließen sind)

Aufgrund eines betrieblichen Beschäftigungsverbots wird die Frau **teilweise** nicht mehr beschäftigt.

Aufgrund eines betrieblichen Beschäftigungsverbots wird die Frau **nicht mehr** beschäftigt.

Bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen wurde **eine Betriebsärztin / ein Betriebsarzt** einbezogen.

Name Betriebsärztin / Betriebsarzt: _____

Ärztliches Beschäftigungsverbot (§ 16 MuSchG)

Aufgrund eines ärztlichen Beschäftigungsverbots setzt die Frau **teilweise** mit der Arbeit aus.

Aufgrund eines ärztlichen Beschäftigungsverbots setzt die Frau **vollständig** mit der Arbeit aus.

Datum: