Hinweis
Unter folgendem Link können Sie die Mitteilung über ein Onlineformular elektronisch abgeben:
https://www.arbeitsschutz.nrw.de/mitteilung-ueber-die-beschaeftigung-einer-schwangeren-oder-stillenden-frau-nach-ss-27-absatz-1

Arbeitgeber (vollständige Anschrift)

Ort, Datum

Mitteilung über die Beschäftigung werdender Mütter gem. § 5 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz mit Gefährdungsbeurteilung

Zuständige Arbeitsschutzbehörde
Bezirksregierung Köln
Dezernat 56 – betrieblicher Arbeitsschutz
Zeughausstr. 2-10
50667 Köln

Fax: 0221-147-4246

Ansprechpartner/in im Betrieb

Name:

Funktion:

Telefon:

I. Angaben aufgrund § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Vor- und Zuname der werdenden Mutter

Voraussichtlicher Entbindungstermin

II. Angaben aufgrund § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

1. Beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit)

Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)

Das Arbeitsverhältnis ist
unbefristet ☐
befristet bis

2. Heimarbeit ☐

Arbeitszeiten

wöchentliche Arbeitszeit Std. tägliche Arbeitszeit Std.

Arbeitszeit **vor** 6.00 Uhr oder **nach** 20.00 Uhr ☐ ja ☐ nein

Liegt **Sonn- oder Feiertag**sarbeit vor? ☐ ja ☐ nein

Liegt **Akkordarbeit**, **Fließarbeit** mit vorgeschriebenem Arbeitstempo o.ä. vor? ☐ ja ☐ nein

Liegt **Alleinarbeit** vor? *(s. Anmerkung)* ☐ ja ☐ nein

Gefährdungsbeurteilung

Es ist zu beachten, dass es sich hierbei um einen nicht abschließenden Fragekatalog handelt. Sollten weiter gehende Gefährdungen im Betrieb vorliegen, so sind hinreichende Schutzmaßnahmen zu veranlassen und entsprechend zu dokumentieren.

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 80 dB(A)** oder **impulshaltigen Geräuschen** ausgesetzt? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm):

e) Ist die werdende Mutter **Stößen und Erschütterungen** ausgesetzt ☐ ja ☐ nein
z.B. Beschäftigungen auf Fahrzeugen oder Beschäftigungen in der Nähe von Maschinen, die Schwingungen zwischen 0,5 und 80 Hertz verursachen?
(s. Anmerkung)
Falls ja, bitte nähere Angaben:

f) Wird die werdende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie **ständig sitzen** muss? ☐ ja ☐ nein
(s. Anmerkung)

g) Wird die werdende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie **ständig stehen** muss? ☐ ja ☐ nein

Dauert diese Beschäftigung **länger als 4 Stunden** täglich? ☐ ja ☐ nein
(s. Anmerkung)

h) Ist eine geeignete **Sitzgelegenheit** am Arbeitsplatz der vorhanden? ☐ ja ☐ nein

i) Ist eine **geeignete Liegemöglichkeit** vorhanden? ☐ ja ☐ nein

j) 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

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

l) 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:

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

n) Ist die werdende Mutter **erhöhten Unfallgefahren** ausgesetzt ☐ ja ☐ nein
(z.B. aggressive/ agitierte Personen)?
Falls ja, bitte nähere Angaben:

Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen

a) Hat die werdende Mutter Umgang mit Zytostatika? ☐ ja ☐ nein

b) Hat die werdende Mutter Umgang mit potenziell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial bzw. infizierten Personen? ☐ ja ☐ nein
Falls ja, bitte nähere Angaben:

c) Assistiert die werdende Mutter bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führt diese selber aus? ☐ ja ☐ nein

Zusätzliche Angaben beim beruflichem Umgang mit Kindern ☐ ja ☐ nein

Hat die werdende Mutter Umgang mit Kindern? < 3 Jahre ☐ 3-6 Jahre ☐ 6-10 Jahre ☐ > 10 Jahre ☐

Erfolgte eine Überprüfung der Immunität? ☐ ja ☐ nein

Liegt ein vollständiger Immunschutz vor? ☐ ja ☐ nein
Wenn nein, bitte nähere Angaben:

Eine Tabelle über relevante Infektionskrankheiten und notwendige Schutzmaßnahmen finden Sie hier:

Eine Handlungshilfe für Ärzte/innen finden Sie hier:

Eine betriebsärztliche Empfehlung finden Sie hier:

Der Betriebsarzt/Die Betriebsärztin wurde eingeschaltet. ☐ ja ☐ nein

Die Fachkraft für Arbeitssicherheit wurde eingeschaltet. ☐ ja ☐ nein

Wurde ein individuelles Beschäftigungsverbot nach § 3 MuSchG vom behandelnden Arzt/Ärztin ausgesprochen? ☐ ja ☐ nein
Eine Bescheinigung eines individuellen Beschäftigungsverbotes finden Sie hier:

Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und Schutzmaßnahmen

☐ Die werdende Mutter ist bei ihrer Tätigkeit entsprechend den mutterschutz-rechtlichen Vorschriften nicht gefährdet. Besondere Schutzmaßnahmen sind nicht erforderlich.

☐ Die werdende Mutter ist bei ihrer Tätigkeit gefährdet. Folgende Schutzmaßnahmen bzw. Änderungen der Arbeitsbedingungen wurden am veranlasst:

☐ Die werdende Mutter ist bei ihrer Tätigkeit gefährdet. Es erfolgte eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz am

Neuer Arbeitsplatz:

☐ Die werdende Mutter ist bei ihrer Tätigkeit gefährdet. Eine Umgestaltung der Arbeitsbedingungen bzw. ein Arbeitsplatzwechsel ist nicht möglich.
Es erfolgte eine Freistellung der werdenden Mutter unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes nach § 11 MuSchG ab dem .

Unterrichtung über das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und die veranlassten Schutzmaßnahmen

Unterrichtung und Unterschrift der schwangeren Arbeitnehmerin am:

Unterrichtung der übrigen Arbeitnehmer/-innen am:

Unterrichtung des Betriebs-/Personalrates bzw. der Mitarbeitervertretung am: .

Datum, Unterschrift des Arbeitgebers/ Arbeitgeberin oder eines/einer beauftragten verantwortlichen Person