

Thüringer Landesbetrieb für Arbeitsschutz und technischen Verbraucherschutz (TLAtV)

Regionalinspektion Erfurt

Linderbacher Weg 30
99099 Erfurt

Tel.: (0361) 37 88 - 300

Fax: (0361) 37 88 - 380

Regionalinspektion Gera

Otto-Dix-Straße 9
07548 Gera

Tel.: (0365) 82 11 - 0

Fax: (0365) 82 11 - 104

Regionalinspektion Nordhausen

Gerhart-Hauptmann-Straße 3
99734 Nordhausen

Tel.: (03631) 61 33 - 0

Fax: (03631) 61 33 - 61

Regionalinspektion Suhl

Hölderlinstraße 1
98527 Suhl

Tel.: (03681) 73 48 - 00

Fax: (03681) 73 48 - 90

Mitteilung über die Beschäftigung einer werdenden Mutter gem. § 5 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Hinweis: Zur Beantwortung der Fragen unter Abschnitt II. sind Sie aufgrund § 19 Abs. 1 MuSchG verpflichtet, wenn Sie hierzu besondere Aufforderung erhalten haben. Im Rahmen der Mitteilung nach § 5 Abs. 1 MuSchG ist die Beantwortung der Fragen unter Abschnitt II. freiwillig. Die Beantwortung erspart zusätzliche Rückfragen.

Name und Anschrift des Arbeitgebers

Name:

Anschrift:

Telefon / Fax / E-Mail:

Ansprechpartner/in

Name:

Funktion:

Telefon / Fax / E-Mail:

I. Angaben aufgrund § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Vor- und Zuname der werdenden Mutter

Voraussichtlicher Entbindungstermin

II. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz aufgrund § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Vor Bekanntwerden der Schwangerschaft beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit)

Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)

Heimarbeit

 ja nein

Das Arbeitsverhältnis ist

unbefristet

befristet bis

Arbeitszeiten

wöchentliche Arbeitszeit

Std.

tägliche Arbeitszeit

Std.

Gleitzeit

 ja nein

Arbeitszeit vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr ja nein Sonn- u. Feiertagsarbeit ja nein

Gefährdungsbeurteilung der bisherigen beruflichen Tätigkeit nach § 5 Arbeitsschutzgesetz in Verbindung mit § 1 der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz:

- 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 ausgesetzt?
Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm): ja nein
-
- e) War die Beschäftigte ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)?
Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird: 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 biologische Arbeitsstoffe 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 muss? ja nein
- i) War die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren (z.B. durch aggressive/ agitierte Personen) ausgesetzt?
Falls ja, bitte nähere Angaben: ja nein

Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen

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

Zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern

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

III. Liegt eine individuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor? ja nein

IV. Aufgrund der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung (siehe II.) erfolgte:

1. keine Änderung der Arbeitsbedingungen
 2. eine Änderung der Arbeitsbedingungen *
 3. eine Umsetzung *
 4. eine teilweise Freistellung von der Arbeit *
 5. eine völlige Freistellung von der Arbeit (Beschäftigungsverbot nach § 4 MuSchG)
- * (konkrete Angaben unter V.)

V. Konkrete Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz:

Damit wurden die oben bejahten Gefährdungen ausgeschlossen ja nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden? ja nein

VI. Wurde ein individuelles Beschäftigungsverbot nach § 3 MuSchG vom behandelnden Arzt/Ärztin ausgesprochen? ja nein