|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Standort Schwerin**  Friedrich-Engels-Str. 47  19061 Schwerin | **Standort Rostock**  Friedrich-Engels-Platz 5-8  18055 Rostock | **Standort Stralsund**  Frankendamm 17  18439 Stralsund | **Standort Neubrandenburg**  Neustrelitzer Straße 120  17033 Neubrandenburg |
| Tel.: 0385 3991-102  E-Mail:  [poststelle.arbsch.sn @lagus.mv-regierung.de](mailto:poststelle.arbsch.sn@lagus.mv-regierung.de) | Tel.: 0381 331-59000  E-Mail:  [poststelle.arbsch.hro @lagus.mv-regierung.de](mailto:poststelle.arbsch.hro@lagus.mv-regierung.de) | Tel.: 03831 2697-59810  E-Mail:  [poststelle.arbsch.hst @lagus.mv-regierung.de](mailto:poststelle.arbsch.hst@lagus.mv-regierung.de) | Tel.: 0395 380-59600  E-Mail:  [poststelle.arbsch.nb](mailto:poststelle.arbsch.nb@lagus.mv-regierung.de)  [@lagus.mv-regierung.de](mailto: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, Impulslärm):  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)?  ja  nein  falls ja, bitte nähere Angaben: | | | | | | | | | |
| 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