|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ] **Standort Schwerin**Friedrich-Engels-Str. 4719061 Schwerin | **[ ]** **Standort Rostock**Friedrich-Engels-Platz 5-818055 Rostock | **[ ]** **Standort Stralsund**Frankendamm 1718439 Stralsund | [ ] **Standort Neubrandenburg**Neustrelitzer Straße 12017033 Neubrandenburg |
| Tel.: 0385 3991-102E-Mail: poststelle.arbsch.sn @lagus.mv-regierung.de | Tel.: 0381 331-59000E-Mail: poststelle.arbsch.hro @lagus.mv-regierung.de | Tel.: 03831 2697-59810E-Mail: poststelle.arbsch.hst @lagus.mv-regierung.de | Tel.: 0395 380-59600E-Mail: 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 istunbefristet [ ] 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 erheblichstrecken 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 dieBeschäftigung 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 [ ]  neinfalls ja, bitte nähere Angaben: |
| m) | Assistierte die Beschäftigte bei Operationen, Punktionen oder Injektionenoder 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