

Regierung von Unterfranken  
Gewerbeaufsichtsamt

Postfach 6349  
97013 Würzburg

## Benachrichtigung über die Beschäftigung bzw. Tätigkeit einer schwangeren oder stillenden Frau

### Hinweise

Zur Beantwortung der Fragen ab Nr. 3 sind Sie aufgrund § 27 Abs. 3 MuSchG verpflichtet, wenn Sie hierzu besondere Aufforderung erhalten haben. Im Rahmen der Mitteilung nach § 27 Abs. 1 Nr. 1 MuSchG ist die Beantwortung der Fragen ab Nr. 3 freiwillig. Die Beantwortung erspart zusätzliche Rückfragen.

Bei einem Leiharbeitsverhältnis müssen sowohl Entleiher als auch Verleiher eine Meldung an das für Sie jeweils zuständige Gewerbeaufsichtsamt übermitteln.

Wurde die Behörde bereits über die Schwangerschaft der Frau informiert, ist eine Benachrichtigung, dass sie stillt nicht erforderlich.

### 1. Arbeitgeber

Name			
Straße, Hausnummer		Postleitzahl	Ort
Telefon	Fax	E-Mail	

#### Ansprechpartnerin/Ansprechpartner im Betrieb

Name		Vorname
Funktion		
Telefon	Fax	E-Mail

### 2. Angaben zur geschützten Frau aufgrund § 27 Abs. 1 MuSchG

schwanger

stillend

Name		Vorname	Geburtsdatum
voraussichtlicher Entbindungstermin			

#### Beschäftigungsort

Zweigstelle, Filiale, Abteilung, Heimarbeit
---

### 3. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz aufgrund § 27 Abs. 3 MuSchG

Vor Bekanntwerden der Schwangerschaft des Stillens beschäftigt als

Beruf, Tätigkeit Pädagogische Mitarbeiterin im Bereich Schulkinder	Datum
--	-------

Das Beschäftigungsverhältnis bzw. die Tätigkeit ist:

unbefristet

befristet bis:

Datum
-------

#### Arbeitszeiten

wöchentliche Arbeitszeit Stunden	maximale tägliche Arbeitszeit Stunden
----------------------------------	---------------------------------------

Arbeitszeit vor 6:00 Uhr oder nach 20:00 Uhr

Ja  Nein

Sonn- und Feiertagsarbeit

Ja  Nein

#### Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit

- a) Musste die Frau ohne mechanische Hilfsmittel regelmäßig Lasten von mehr als 5 Kilogramm Gewicht oder gelegentlich Lasten von mehr als 10 Kilogramm Gewicht von Hand heben, halten, bewegen oder befördern?  Ja  Nein
- b) Musste die Frau mit mechanischen Hilfsmitteln Lasten von Hand heben, halten, bewegen oder befördern und entsprach dabei ihre körperliche Beanspruchung der von Arbeiten nach Buchstabe a)?  Ja  Nein
- c) War die Frau schädlichen Einwirkungen extremer Hitze, Kälte, Nässe, Erschütterungen oder Vibrationen ausgesetzt?  Ja  Nein
- d) War die Frau Lärm (Tages-Lärmexpositionspegel - LEX, 8h) über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen (innerhalb von 0,5 s ein Anstieg um mind. 40dB(A)) ausgesetzt?  Ja  Nein
- e) War die Frau gesundheitsgefährdender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)?  Ja  Nein
- f) Konnte die Frau an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden?  Ja  Nein
- g) Konnte die Frau an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden?  Ja  Nein
- h) War die Frau mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich häufig erheblich strecken, beugen, dauernd hocken, sich gebückt halten oder sonstige Zwangshaltungen einnehmen musste?  Ja  Nein
- i) War die Frau auf Beförderungsmitteln beschäftigt?  Ja  Nein
- j) War die Frau erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr, auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder Kontakt mit aggressiven/agitierten Personen ausgesetzt?  Ja  Nein
- k) Musste die Frau bei ihren Tätigkeiten eine Schutzausrüstung tragen (z. B. ein Atemschutzgerät)?  Ja  Nein
- l) Musste die Frau Tätigkeiten mit besonderer Fußbeanspruchung durchführen?  Ja  Nein
- m) Musste die Schwangere alleine arbeiten? (z.B. Randzeiten)  Ja  Nein

#### Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen

- a) Hatte die Frau Umgang mit Zytostatika?  Ja  Nein
- b) Hatte die Frau Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potentiell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial?  Ja  Nein

### Zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern

- c) Hatte die Frau Umgang mit Kindern?  Ja  Nein
- jünger als 3 Jahre
  - 3 bis 6 Jahre
  - 6 bis 10 Jahre
  - älter als 10 Jahre
- d) Überprüfung der Immunität ist erfolgt  Ja  Nein

### Optionale weitere Erläuterungen zur bisherigen Tätigkeit

Erläuterungen

4. Liegt eine betriebsärztliche Stellungnahme vor?  Ja  Nein

### 5. Gefährdungsbeurteilung

#### Hinweise:

Der Arbeitgeber hat nach § 9 MuSchG die Pflicht, durch eine Beurteilung gemäß § 10 MuSchG der für die geschützte Frau mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (Gefährdungsbeurteilung).

Die Angaben ab Nr. 3 dienen lediglich zur Information der Behörde und **stellen keine vollständige Gefährdungsbeurteilung dar**

Wurde der Arbeitsplatz der Frau hinsichtlich der Arbeitszeiten, der Einwirkung von Gefahrstoffen, biologischen Arbeitsstoffen und physikalischen Schadfaktoren sowie psychischen Belastungen beurteilt (Gefährdungsbeurteilung)?  Ja  Nein

Wurde die geschützte Frau nach § 14 Abs. 3 MuSchG über die für sie erforderlichen Schutzmaßnahmen (§ 10 Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit § 13 MuSchG) informiert und ist das Angebot eines Gesprächs mit der Frau über eine weitere Anpassung ihrer Arbeitsbedingungen nach § 10 Abs. 2 Satz 2 MuSchG oder der Zeitpunkt eines solchen Gespräches dokumentiert?  Ja  Nein

Wurden nach Maßgabe der Gefährdungsbeurteilung die für die geschützte Frau erforderlichen Schutzmaßnahmen nach §10 Abs. 2 Satz 1 MuSchG unverzüglich festgelegt, sobald die Frau dem Arbeitgeber mitgeteilt hat, dass sie schwanger ist oder stillt?  Ja  Nein

Aufgrund der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung waren erforderlich:

- Schutzmaßnahmen**
- eine **Umgestaltung der Arbeitsbedingungen** (konkrete Angaben unter 6.)
- keine** Änderung der Arbeitszeit
- eine** Änderung der Arbeitszeit (konkrete Angaben unter 6.)
- eine **Umsetzung** (konkrete Angaben unter 6.)
- eine **teilweise Freistellung** von der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (konkrete Angaben unter 6.)
- eine **völlige Freistellung** von der Beschäftigung bzw. Tätigkeit (Beschäftigungsverbot nach § 13 Abs. 1 Nr. 3 MuSchG)

**6. Konkrete Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz bzw. zur jetzigen Arbeitszeit**

Angaben

**Wurden durch die getroffenen Maßnahmen die unverantwortbaren Gefährdungen für die schwangere oder stillende Frau ausgeschlossen?**

Ja  Nein

Ist sichergestellt, dass sich die schwangere oder stillende Frau während der Pausen und Tätigkeitsunterbrechungen unter geeigneten Bedingungen hinlegen, hinsetzen und ausruhen kann?

Ja  Nein

**7. Wurde ein individuelles Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG von einem Arzt ausgesprochen?**

Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Arbeitgeberin/des Arbeitgebers