**Benachrichtigung**

**über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau**

**gemäß § 27 Mutterschutzgesetz**

|  |  |
| --- | --- |
| Zuständiges RegierungspräsidiumRegierungspräsidium StuttgartReferat 54.3 Ruppmannstr. 2170565 Stuttgart | Arbeitgeber (vollständige Adresse)Universität HohenheimSchloss 170599 Stuttgart |
|  | Datum |

Ansprechpartner/in in Betrieb / Schule / Hochschule

Unlizenziertes Muster-Formular

|  |
| --- |
| Name der/des Einrichtungsleiters/in innerhalb der Universität Hohenheim |
| Funktion und Universitätseinrichtung |
| Telefonnummer***0711 459***  | E-Mail |

1. Angaben aufgrund § 27 Mutterschutzgesetz

|  |
| --- |
| Vor- und Nachname der Schwangeren oder stillenden Mutter |
| Voraussichtlicher Entbindungstermin |

II. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz vor Bekanntwerden der Schwangerschaft

|  |
| --- |
| Vor Bekanntwerden der Schwangerschaft beschäftigt als (Berufsbild Tätigkeit; Azubi: Art der Ausbildungstätigkeit)*https://rp.baden-wuerttemberg.de!Themen!Wirtschaft!Seiten!Mutterschutz.aspx* |
| Beschäftigungsort (Adresse) |
| [ ]  Arbeitnehmerin | [ ]  Beamtin | [ ]  Schülerin / Studentin (nur bei Ausbildungsveranstaltungen) |
| [ ]  Home-Office | [ ]  Außendienst | [ ]  Akkordarbeit | [ ]  Fließarbeit | [ ]  Heimarbeit |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Getaktete Arbeitmit vorgeschriebenem Arbeitstempo | - vor Bekanntwerden der Schwangerschaft | [ ]  ja | [ ]  nein |
| *(benachrichtigungspflichtig, Angabe hier gilt als Benachrichtigung)* | - nach Bekanntwerden der Schwangerschaft(zulässig nur, wenn die getaktete Arbeit oder das Arbeitstempofür die schwangere Frau oder ihr Kind keine unverantwortbare Gefährdung darstellt) | [ ]  ja | [ ]  nein |

**Arbeitszeiten**

|  |  |
| --- | --- |
| **wöchentliche** Arbeitszeit: Std. | maximale **tägliche** Arbeitszeit: Std. |
| *Nachtarbeit (20 bis 6 Uhr) ist grundsätzlich verboten und bedarf im Einzelfall immer einer Genehmigung* | **Nachtarbeit** zwischen 20 und 6 Uhr- vor Bekanntwerden der Schwangerschaft- nach Bekanntwerden der Schwangerschaft | [ ]  ja[ ]  ja | [ ]  nein[ ]  nein |
| *Sonn-/Feiertagsarbeit sind nur unter den Bedingungen des § 6 MuSchG i. V. m. § 10 ArbZG zulässig und benachrichtigungspflichtig (Angabe hier gilt als Benachrichtigung, bitte Bereitschaftserklärung der Schwangeren beifügen)* | **Sonn- oder Feiertagsarbeit**- vor Bekanntwerden der Schwangerschaft- nach Bekanntwerden der Schwangerschaft | [ ]  ja[ ]  ja | [ ]  nein[ ]  nein |

|  |
| --- |
| **Hinweis:** Zur Beantwortung der Fragen unter Abschnitt II sind Sie aufgrund § 27 Abs. 2 MuSchG verpflichtet, wenn Sie hierzu besondere Aufforderung erhalten haben. Im Rahmen dieser Mitteilung ist die Beantwortung der Fragen unter Abschnitt II. freiwillig. Die Beantwortung erspart jedoch Rückfragen. |

**Arbeitsbedingungen hinsichtlich § 11 Mutterschutzgesetz vor Bekanntwerden der Schwangerschaft**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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. Röntgen strahlen)?Unlizenziertes Muster-FormularFalls 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 derRisikogruppen 2 - 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten gefährdet werden?(z. B. Borrelien, Influenzaviren, Zytomegalieviren, Noroviren, SARS-CoV-2)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 muss? | [ ]  ja | [ ]  nein |
| i) War die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren ausgesetzt, insbesondere der Gefahrauszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder durch Kontakt mit aggressiven/ agitierten Personen?Falls ja, bitte nähere Angaben:*https://rp.baden-wuerttemberg.de!Themen!Wirtschaft!Seiten!Mutterschutz.aspx* | [ ]  ja | [ ]  nein |
| j) War die Beschäftigte einer erhöhten psychischen Belastung ausgesetzt, z.B.Arbeitsdruck, Zeitdruck, Arbeitsdichte, Konflikten? | [ ]  ja | [ ]  nein |

 **Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen vor Bekanntwerden der Schwangerschaft**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| k) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika? | [ ]  ja | [ ]  nein |
| l) Hatte die Beschäftigte Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potenziell infektiösemMaterial, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial?Falls ja, bitte nähere Angaben: | [ ]  ja | [ ]  nein |
| m) Assistierte die Beschäftigte bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führtediese selbst aus? | [ ]  ja | [ ]  nein |

**Zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern / Jugendlichen vor Bekanntwerden der Schwangerschaft**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| n) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Kindernund/oder Jugendlichen? | [ ]  ja | [ ]  nein |
| [ ]  < 3 Jahre | [ ]  3 - 6 Jahre | [ ]  6 - 15 Jahre | [ ]  >15 Jahre  |  |
| o) Überprüfung der Immunität hinsichtlich schwangerschaftsrelevanter Infektionskrankheiten ist erfolgt. | [ ]  ja | [ ]  nein |

1. Liegt eine aktuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor? [ ]  ja [ ]  nein
2. Zusätzliche Anforderungen

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ist sichergestellt, dass die Schwangere ihre Tätigkeit kurz unterbrechen kann wenn es für sie erforderlich ist? | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Ist ein Hinlegen, Hinsetzen und Ausruhen unter geeigneten Bedingungen möglich? | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Wurde die Beschäftigte über die Gefährdungsbeurteilung und die ggf. erforderlichenSchutzmaßnahmen informiert? | [ ]  ja | [ ]  nein |
| Hinweis: Der Schwangeren ist ein Gespräch über weitere Anpassungen ihrer Arbeitsbedingungen anzubieten |  |  |
| Muss die Schwangere am Arbeitsplatz eine FFP2- oder FFP3-Maske tragen?Wenn „Ja“, **wie lange** in der Summe während der Arbeitszeit pro Tag? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sind ausreichende Tragepausen gewährleistet? | [ ]  ja[ ]  ja | [ ]  nein[ ]  nein |

1. Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen

Unlizenziertes Muster-Formular

Rangfolge nach § 13 MuSchG (bitte unbedingt ausfüllen)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  | Es sind keine besonderen Schutzmaßnahmen erforderlich. Die Frau kann am bisherigen Arbeitsplatz **unverändert** weiterbeschäftigt werden. |
| [ ]  | Es ist eine Änderung der **Arbeitszeit** erforderlich. **\*** |
| [ ]  | Es ist eine **Umgestaltung** der Arbeitsbedingungen erforderlich, deshalb wurden entsprechende Schutzmaßnahmen veranlasst. **\*** |
| [ ]  | Eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes durch entsprechende Schutzmaßnahmen war nicht möglich, deshalb erfolgte eine **Umsetzung** auf einen anderen Arbeitsplatz. **\*** |
| [ ]  | Umgestaltungs- und Umsetzungsmaßnahmen können nur zu einer zeitweisen Weiterbeschäftigung führen, daher wurde die **teilweise Freistellung** unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes veranlasst. **\*** |
| [ ]  | Umgestaltungs- und Umsetzungsmaßnahmen sind nicht möglich, daher wurde eine **vollständige Freistellung** unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes veranlasst. |
|  *\* > Konkrete Angaben unter VI.* |

1. Angaben zu den jetzigen Tätigkeiten und ggf. geänderten Arbeitszeiten der Arbeitnehmerin nach dem Ergebnis
der Beurteilung der Arbeitsbedingungen:

*https://rp.baden-wuerttemberg.de!Themen!Wirtschaft!Seiten!Mutterschutz.aspx*

|  |
| --- |
|  |

Damit wurden alle unverantwortbaren Gefährdungen ausgeschlossen. [ ]  ja [ ]  nein

Es wurde ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG ausgesprochen, [ ]  ja [ ]  nein
daher waren arbeitgeberseitige Maßnahmen nicht erforderlich.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift