

Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern – LAGuS M-V
Abteilung Arbeitsschutz und technische Sicherheit

☐**Standort Schwerin**

Friedrich-Engels-Str. 47
19061 Schwerin
Tel.: 0385/ 3991-102
Fax: 0385/ 3991-155

☐**Standort Rostock**

Erich-Schlesinger-Str. 35
18059 Rostock
Tel.: 0381/ 331-59000
Fax: 0381/ 331-59048

☐**Standort Stralsund**

Frankendamm 17
18439 Stralsund
Tel.: 03831/ 2697-59810
Fax: 03831/ 2697-59877

☐**Standort Neubrandenburg**

An der Hochstraße 1
17036 Neubrandenburg
Tel.: 0395/ 380-59607
Fax: 0395/ 380-59730

**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☐ Beamtin

Vor- und Zuname der
werdenden Mutter

voraussichtlicher
Entbindungstermin

2. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz

vor Bekanntwerden der
Schwangerschaft be-
schäftigt als
(Beruf, Tätigkeit)

Das Arbeitsverhältnis ist

unbefristet ☐

befristet bis

Beschäftigungsort
(Zweigstelle, Filiale,
Abteilung)

Heimarbeit

☐ ja☐ nein**Arbeitszeiten**

wöchentliche
Arbeitszeit (Std.):

tägliche
Arbeitszeit (Std.):

Gleitzeit: ☐ ja ☐ neinArbeitszeit **vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr:** ☐ ja ☐ nein Sonn-/ Feiertagsarbeit: ☐ ja ☐ nein

Für eine schwangere oder stillende Frau nicht zulässig (§§ 5 und 6 MuSchG).

**Für die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau zwischen 20 Uhr und 22 Uhr ist nach
§ 28 MuSchG eine Ausnahmegenehmigung beim zuständigen Standort des Landesamtes für Ge-
sundheit und Soziales, 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, Impulsärm): ☐ 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)?
falls ja, bitte nähere Angaben: ☐ ja ☐ nein
- 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