

Arbeitgeberin / Arbeitgeber bzw. ihr / ihm Gleichgestellte

Name der Firma / Institution:	
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:
Telefon:	E-Mail:

**Mitteilung nach § 27 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG)
über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau**

Angaben zur schwangeren bzw. stillenden Frau

Titel:	Name:
Vorname:	
Geburtsdatum:	voraussichtlicher Entbindungstermin:
Mitteilung der schwangeren / stillenden Frau an die Arbeitgeberin / den Arbeitgeber am:	

Angaben zum Beschäftigungsort

Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Dienststelle, Abteilung):	
Straße:	Hausnummer:
PLZ:	Ort:

Angaben zur Ansprechpartnerin / zum Ansprechpartner

Titel:	Name:
Vorname:	
Telefon:	E-Mail:

Angezeigt wird:	Schwangerschaft	Stillzeit
	-----	-----
	Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen	getaktete Arbeit
		keines von beiden
Die schwangere / stillende Frau ist eine		
Beschäftigte		
unbefristetes Beschäftigungsverhältnis		
befristetes Beschäftigungsverhältnis bis: _____		
Beamtin / RichterIn im Land (z. B. Landes- oder Kommunalbeamtinnen)		
Beamtin des Bundes		
Frau in betrieblicher Ausbildung		
Praktikantin nach § 26 Berufsausbildung		
Freiwillige im Jugendfreiwilligendienst oder im Bundesfreiwilligendienst		
Frau mit Behinderung, die in einer Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt ist		
Heimarbeiterin bzw. ihr Gleichgestellte nach dem Heimarbeitsgesetz		
sonstige arbeitnehmerähnliche Person		
Frau, die als Mitglied einer geistlichen Genossenschaft, Diakonissin o. ä. für diese Gemeinschaft tätig ist		

Die nachstehenden Angaben dienen der Vermeidung von Rückfragen gem. § 27 Abs. 2 MuSchG:

Angaben zur Arbeitszeit	wöchentlich max. _____ Std.	täglich max. _____ Std.	
• zwischen 20:00 Uhr und 22:00 Uhr (hierzu ist ein gesonderter Antrag nach § 28 Abs. 1 MuSchG zu stellen)		ja	nein
• zwischen 22:00 Uhr und 06:00 Uhr (hierzu ist ein gesonderter Antrag nach § 29 Abs. 3 Nr. 1 MuSchG zu stellen)		ja	nein

Sonn- und Feiertagsarbeit ja nein

Bei „ja“ bitte Folgendes ergänzen (§ 6 Abs. 1 S. 2 MuSchG):

- | | | |
|--|-----------|------|
| • Bereitschaft wurde von der Frau ausdrücklich erklärt | ja | nein |
| • als Ausnahme nach § 10 Arbeitszeitgesetz zugelassen | ja | nein |
| • Gewährung Ersatzruhetag im Anschluss an Nachtruhezeit von mind. 11 Std. | ja | nein |
| • nur bei schwangeren Frauen:
Eine unverantwortbare Gefährdung durch Alleinarbeit liegt | nicht vor | vor |

Tätigkeit vor Bekanntwerden der Schwangerschaft
(Beruf / Art der Tätigkeit):

Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen / Schutzmaßnahmen (§§ 10, 13 MuSchG)

Die Arbeitsbedingungen der oben benannten schwangeren / stillenden Frau wurden vom Arbeitgeber im Hinblick auf mögliche Gefährdungen nach Art, Ausmaß und Dauer insbesondere hinsichtlich der Arbeitszeiten, der Einwirkung von Gefahrstoffen, biologischen Arbeitsstoffen und physikalischen Schadfaktoren überprüft und mit folgendem Ergebnis beurteilt:

Eine unverantwortbare Gefährdung liegt **nicht** vor. Schutzmaßnahmen sind nicht erforderlich.

Die **Arbeitsbedingungen** wurden durch folgende Schutzmaßnahmen **umgestaltet**:

Unverantwortbare Gefährdungen wurden durch einen **Wechsel** auf folgenden geeigneten **Arbeitsplatz** ausgeschlossen:

betriebliches Beschäftigungsverbot

(nur wenn unverantwortbare Gefährdungen weder durch Umgestaltung der Arbeitsbedingungen noch durch Arbeitsplatzwechsel auszuschließen sind)

Aufgrund eines betrieblichen Beschäftigungsverbots wird die Frau **teilweise** nicht mehr beschäftigt.

Aufgrund eines betrieblichen Beschäftigungsverbots wird die Frau **nicht mehr** beschäftigt.

Bei der Beurteilung der Arbeitsbedingungen wurde **eine Betriebsärztin / ein Betriebsarzt** einbezogen.

Name Betriebsärztin / Betriebsarzt: _____

Ärztliches Beschäftigungsverbot (§ 16 MuSchG)

Aufgrund eines ärztlichen Beschäftigungsverbots setzt die Frau **teilweise** mit der Arbeit aus.

Aufgrund eines ärztlichen Beschäftigungsverbots setzt die Frau **vollständig** mit der Arbeit aus.

Datum: