



## Benachrichtigung

über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau gemäß § 27 Gesetz zum Schutze von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz – MuSchG)

**Hinweis:**

Die Meldung einer stillenden Frau ist nur erforderlich, sofern eine Schwangerschaftsmitteilung nicht erfolgt ist.

**Name und Anschrift des Arbeitgebers**

Name				
Straße		Haus-Nr.	PLZ	Ort
Telefonnummer	Faxnummer		E-Mail	

**Ansprechpartner/in im Betrieb**

Name		
Funktion		
Telefonnummer	Faxnummer	E-Mail

**I. Angaben auf Grund § 27 MuSchG (Pflichtangaben)**

Vor- und Nachname der schwangeren oder stillenden Frau (im Weiteren als Frau bezeichnet)		
Voraussichtlicher Entbindungstermin		
Die Frau ist:	Schülerin/Studentin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beamtin <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Benachrichtigungspflicht nach § 27 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe a MuSchG: Beabsichtigen Sie eine Schülerin oder Studentin an Ausbildungsveranstaltungen/ Praktika in der Zeit von 20:00 Uhr bis 22:00 Uhr nach den Vorgaben gemäß § 5 Abs. 2 Satz 2 MuSchG teilnehmen zu lassen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Benachrichtigungspflicht nach § 27 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe b MuSchG: Beabsichtigen Sie die Frau an Sonn- und Feiertagen gemäß § 6 Abs. 1 oder 2 MuSchG zu beschäftigen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Benachrichtigungspflicht nach § 27 Abs. 1 Nr. 2 Buchstabe c MuSchG: Beabsichtigen Sie die Frau mit getakteter Arbeit gemäß § 11 Abs. 6 Nr. 3 oder § 12 Abs. 5 Nr. 3 MuSchG zu beschäftigen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

**II. Angaben zur bisherigen Beschäftigung der Frau (freiwillige Angaben zur Vermeidung von Nachfragen, da die Behörde nach § 27 MuSchG die Aufgabe hat, zu prüfen, ob die Frau durch die Maßnahmen des Arbeitgebers ausreichend vor möglichen Gefährdungen geschützt ist)**

Vor Bekanntwerden der Schwangerschaft beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit)	
Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung)	
Das Arbeitsverhältnis ist	<input type="checkbox"/> unbefristet <input type="checkbox"/> befristet bis _____
Heimarbeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Arbeitszeiten	wöchentliche Arbeitszeit <input type="text"/> Std.	tägliche Arbeitszeit <input type="text"/> Std.	
	Gleitzeit	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja
Arbeitszeit vor 6:00 Uhr		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitszeit zwischen 20:00 Uhr und 22:00 Uhr (Kann gemäß § 5 i. V. m. § 28 MuSchG ggfls. zulässig sein. Hierzu ist eine Genehmigung erforderlich*.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeitszeit nach 22:00 Uhr (s. § 5 MuSchG)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sonn- und Feiertagsarbeit (Ist zulässig unter den Bedingungen des § 6 MuSchG i. V. m. § 10 Arbeitszeitgesetz - ArbZG.)		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

\* Der Antrag kann unter Serviceportal Thüringen / Zuständigkeitsfinder unter Angabe des MuSchG und Ihres Betriebssitzes abgerufen werden.

**Die folgenden Angaben zur bisherigen Beschäftigung der Frau ersetzen nicht die Gefährdungsbeurteilung nach § 10 MuSchG**

a) Musste die Frau <b>regelmäßig</b> Lasten von mehr als <b>5 kg</b> Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
b) Musste die Frau <b>gelegentlich</b> Lasten von mehr als <b>10 kg</b> Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
c) War die Frau extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
d) War die Frau Lärm über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben ( Dauerschallpegel, Impulslärm): _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
e) War die Frau ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)? Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wurde: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
f) Konnte die Frau an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden? Falls ja, bitte nähere Angaben: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
g) Konnte die Frau an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden? Falls ja, bitte nähere Angaben: _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
h) War die Frau mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder dauernd hocken oder sich gebückt halten musste? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

i) War die Frau erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder durch Kontakt mit aggressiven / agitierten Personen ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein

j) War die Frau einer erhöhten psychischen Belastung ausgesetzt, z.B. Arbeitsdruck, Zeitdruck, Arbeitsdichte?  ja  nein

k) War die Frau in unverantwortbarer Alleinarbeit tätig?  ja  nein

#### Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen

l) Hatte die Frau Umgang mit Zytostatika?  ja  nein

m) Hatte die Frau Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potenziell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial? Falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein

n) Assistierte die Frau bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führte diese selber aus?  ja  nein

#### Zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern

o) Hatte die Frau Umgang mit Kindern?  < 3 Jahre  3 - 6 Jahre  6 - 10 Jahre  >10 Jahre

p) Eine Überprüfung der Immunität der Frau ist erfolgt:  ja  nein

Wenn ja, entspricht die aktuelle Immunitätslage der Frau (z.B. gegenüber Röteln, Masern, Mumps, Keuchhusten, Windpocken) dem nach der Gefährdungsbeurteilung ermittelten Erfordernis (u. a. in Abhängigkeit vom Alter der Kinder, von den auszuführenden Tätigkeiten oder den Umgangsformen)?  ja  nein  
Nähere Angaben:

### III. Zusätzliche Angaben zu Infektionsgefährdungen durch Corona, Grippe und andere Infekte

Musste die Frau während ihrer Tätigkeit enge Kontakte zu Personen (z.B. zu Betreuenden, Publikum, Kunden, Kollegen) unterhalten und ist sie dadurch einer unverantwortbaren Infektionsgefährdung durch COVID19, Influenza oder andere Infekte ausgesetzt?  ja  nein

**Hinweis:** Für eine schwangere Frau und deren Kind stellt der schwere Verlauf einer Erkrankung ein besonderes Risiko dar. Darüber hinaus ist die eingeschränkte Behandlungsmöglichkeit von Schwangeren zu berücksichtigen.

IV. Liegt eine individuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor?  ja  nein

### V. Maßnahmen im Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung (Rangfolge nach § 13 MuSchG)

1. Da keine besonderen Schutzmaßnahmen erforderlich sind, wird die Frau an ihrem bisherigen Arbeitsplatz unverändert weiterbeschäftigt werden.  ja  nein

2. Da eine Umgestaltung der Arbeitsbedingungen erforderlich ist, wurden entsprechende Schutzmaßnahmen veranlasst.  ja  nein

3. Eine Umgestaltung des Arbeitsplatzes durch entsprechende Schutzmaßnahmen war nicht möglich, deshalb erfolgte eine Umsetzung der Frau auf einen anderen Arbeitsplatz. Dadurch wurden alle bestehenden Gefährdungen ausgeschlossen.  ja  nein

4. Umgestaltungs- und Umsetzungsmaßnahmen können nur zu einer zeitweisen Weiterbeschäftigung der Frau führen, daher wurde die teilweise Freistellung (betriebliches Beschäftigungsverbot) unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes veranlasst. _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
5. Eine Umgestaltung der Arbeitszeit der Frau ist erforderlich. _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
6. Umgestaltungs- und Umsetzungsmaßnahmen sind nicht möglich, daher wurde eine vollständige Freistellung (betriebliches Beschäftigungsverbot) der Frau unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes veranlasst. _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden? _____	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

#### VI. Konkrete Angaben zum aktuellen Arbeitsplatz, zur aktuellen Arbeitszeit bzw. zu den veranlassten Maßnahmen:

Damit wurden im Abschnitt II. bejahte Gefährdungen ausgeschlossen \_\_\_\_\_  ja  nein

Der Frau wurde ein Gespräch über die weitere Anpassung der Arbeitsbedingungen angeboten \_\_\_\_\_  ja  nein

VII. Arbeitgeberseitige Maßnahmen waren nicht erforderlich, weil ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG vorliegt? \_\_\_\_\_  ja  nein

Ort, Datum	Rechtsverbindliche Unterschrift des Betriebsinhabers/Geschäftsführers/der bevollmächtigten Person
------------	---

#### Datenschutzhinweis

Ihre Daten werden vom TLV in Erfüllung seiner Aufgaben gemäß den geltenden Bestimmungen zum Datenschutz verarbeitet. Weitere Informationen über die Verarbeitung der Daten und Ihre Rechte bei der Verarbeitung der Daten finden Sie unter <https://verbraucherschutz.thueringen.de/datenschutz> sowie in den dort eingestellten Informationsblättern.