

Arbeitgeber (vollständige Anschrift )

Ort, Datum

**Mitteilung über die Beschäftigung werdender Mütter gem. § 5 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz mit Gefährdungsbeurteilung**

Zuständige Arbeitsschutzbehörde  
Bezirksregierung Köln  
Dezernat 56 – betrieblicher Arbeitsschutz  
Zeughausstr. 2-10  
50667 Köln

**Fax: 0221-147-4246**

**Ansprechpartner/in im Betrieb**

Name:

Funktion:

Telefon:

**I. Angaben aufgrund § 5 Abs. 1 Mutterschutzgesetz**

Vor- und Zuname der werdenden Mutter \_\_\_\_\_

Voraussichtlicher Entbindungstermin \_\_\_\_\_

**II. Angaben aufgrund § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz**

1. Beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit) \_\_\_\_\_

Beschäftigungsort (Zweigstelle, Filiale, Abteilung) \_\_\_\_\_

2. Heimarbeit

Das Arbeitsverhältnis ist

unbefristet

befristet bis \_\_\_\_\_

**Arbeitszeiten**

wöchentliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Std.

tägliche Arbeitszeit \_\_\_\_\_ Std.

Arbeitszeit **vor** 6.00 Uhr oder **nach** 20.00 Uhr

ja

nein

Liegt **Sonn- oder Feiertagsarbeit** vor?

ja

nein

Liegt **Akkordarbeit, Fließarbeit** mit vorgeschriebenem Arbeitstempo o.ä. vor?

ja

nein

Liegt **Alleinarbeit** vor? (s. Anmerkung)



ja

nein




**Gefährdungsbeurteilung**

Es ist zu beachten, dass es sich hierbei um einen nicht abschließenden Fragekatalog handelt. Sollten weitergehende Gefährdungen im Betrieb vorliegen, so sind hinreichende Schutzmaßnahmen zu veranlassen und entsprechend zu dokumentieren.

a) Muss die werdende Mutter **regelmäßig** Lasten von mehr als **5 kg** Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern ?

ja

nein

- b) Muss die werdende Mutter **gelegentlich** Lasten von mehr als **10 kg** Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern ?  ja  nein
- 
- c) Ist die werdende Mutter extremer **Hitze, Kälte oder Nässe** ausgesetzt?  
Falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein
- 
- d) Ist die werdende Mutter **Lärm über 80 dB(A)** oder **impulshaltigen Geräuschen** ausgesetzt?  
Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm):  ja  nein
- 
- e) Ist die werdende Mutter **Stößen und Erschütterungen** ausgesetzt  
z.B. Beschäftigungen auf Fahrzeugen oder Beschäftigungen in der Nähe von Maschinen, die Schwingungen zwischen 0,5 und 80 Hertz verursachen?  
(s. Anmerkung)   
Falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein
- 
- f) Wird die werdende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie **ständig sitzen** muss?  
(s. Anmerkung)   
 ja  nein
- 
- g) Wird die werdende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie **ständig stehen** muss?  
Dauert diese Beschäftigung **länger als 4 Stunden** täglich?  
(s. Anmerkung)   
 ja  nein
- 
- h) Ist eine geeignete **Sitzgelegenheit** am Arbeitsplatz der vorhanden?  ja  nein
- 
- i) Ist eine **geeignete Liegemöglichkeit** vorhanden?  ja  nein
- 
- j) Wird die werdende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie **sich häufig erheblich strecken oder beugen** oder **dauernd hocken** oder sich **gebückt halten** muss?  ja  nein
- 
- k) Kann die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz durch **Gefahrstoffe** gefährdet werden?  
Falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein
- 
- l) Kann die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz durch **biologische Arbeitsstoffe** der Risikogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden?  
Falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein
- 
- m) Ist die werdende Mutter **ionisierender Strahlung** ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)?  
Falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wird:  ja  nein
- 
- n) Ist die werdende Mutter **erhöhten Unfallgefahren** ausgesetzt  
(z.B. aggressive/ agitierte Personen)?  
Falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein

### Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen

- a) Hat die werdende Mutter Umgang mit Zytostatika?  ja  nein
- 
- b) Hat die werdende Mutter Umgang mit potenziell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial bzw. infizierten Personen?  
Falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein
- 
- c) Assistiert die werdende Mutter bei Operationen, Punktionen oder Injektionen oder führt diese selber aus?  ja  nein

## Zusätzliche Angaben beim beruflichem Umgang mit Kindern

 ja nein

Hat die werdende Mutter Umgang mit Kindern?

 < 3 Jahre 3-6 Jahre 6-10 Jahre > 10 Jahre

Erfolgte eine Überprüfung der Immunität?

 ja nein

Liegt ein vollständiger Immunschutz vor?  
Wenn nein, bitte nähere Angaben:

 ja nein

*Eine Tabelle über relevante Infektionskrankheiten und notwendige Schutzmaßnahmen finden Sie hier:*

*Eine Handlungshilfe für Ärzte/innen finden Sie hier:*

*Eine betriebsärztliche Empfehlung finden Sie hier:*

**Der Betriebsarzt/Die Betriebsärztin wurde eingeschaltet.**

 ja nein

**Die Fachkraft für Arbeitssicherheit wurde eingeschaltet.**

 ja nein

**Wurde ein individuelles Beschäftigungsverbot nach § 3 MuSchG vom behandelnden Arzt/Ärztin ausgesprochen?**

 ja nein

*Eine Bescheinigung eines individuellen Beschäftigungsverbot finden Sie hier:*

## Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und Schutzmaßnahmen

Die werdende Mutter ist bei ihrer Tätigkeit entsprechend den mutterschutz-rechtlichen Vorschriften nicht gefährdet. Besondere Schutzmaßnahmen sind nicht erforderlich.

Die werdende Mutter ist bei ihrer Tätigkeit gefährdet. Folgende Schutzmaßnahmen bzw. Änderungen der Arbeitsbedingungen wurden am \_\_\_\_\_ veranlasst:

---

---

---

Die werdende Mutter ist bei ihrer Tätigkeit gefährdet. Es erfolgte eine Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz am \_\_\_\_\_.

Neuer Arbeitsplatz: \_\_\_\_\_

Die werdende Mutter ist bei ihrer Tätigkeit gefährdet. Eine Umgestaltung der Arbeitsbedingungen bzw. ein Arbeitsplatzwechsel ist nicht möglich.

Es erfolgte eine Freistellung der werdenden Mutter unter Fortzahlung des Arbeitsentgeltes nach § 11 MuSchG ab dem \_\_\_\_\_.

## Unterrichtung über das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und die veranlassten Schutzmaßnahmen

Unterrichtung und Unterschrift der schwangeren Arbeitnehmerin am: \_\_\_\_\_

Unterrichtung der übrigen Arbeitnehmer/-innen am: \_\_\_\_\_

Unterrichtung des Betriebs-/Personalrates bzw. der Mitarbeitervertretung am: \_\_\_\_\_

**Datum, Unterschrift des Arbeitgebers/ Arbeitgeberin oder eines/einer beauftragten verantwortlichen Person**