

Arbeitgeber (vollständige Anschrift )

Ort, Datum

**Mitteilung über die Beschäftigung einer werdenden Mutter gem. § 5 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz**

Zuständige Aufsichtsbehörde für den Mutterschutz

Regierung von Oberbayern  
Gewerbeaufsichtsamt  
Heßst. 130  
80797 München



**Hinweis:** Zur Beantwortung der Fragen unter Abschnitt II. sind Sie aufgrund § 19 Abs. 1 MuSchG verpflichtet, wenn Sie hierzu besondere Aufforderung erhalten haben. Im Rahmen der Mitteilung nach § 5 Abs. 1 MuSchG ist die Beantwortung der Fragen ab Abschnitt II. freiwillig.  
Die Beantwortung erspart zusätzliche Rückfragen.

**Ansprechpartner im Betrieb**

Name:

Funktion:

Telefon:

E-Mail:

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

Vor und Zuname der werdenden Mutter:

Geburtsdatum:

Voraussichtlicher Entbindungstermin:

Beschäftigungsort:  
(Zweigstelle, Filiale, Abteilung, Heimarbeit)

**II. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz aufgrund § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz**

Vor Bekanntwerden der Schwangerschaft beschäftigt als (Beruf, Tätigkeit)

Das Arbeitsverhältnis ist

unbefristet

befristet bis

**Arbeitszeiten**

**wöchentliche**  
Arbeitszeit

Std. **Maximale tägliche**  
Arbeitszeit

Std.

Arbeitszeit vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr

Ja

Nein

Sonn- und Feiertagsarbeit

Ja

Nein

**Angaben zur bisherigen beruflichen Tätigkeit:**

a) Musste die Beschäftigte **regelmäßig** Lasten von **mehr als 5 kg** oder **gelegentlich** Lasten von **mehr als 10 kg** Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?  Ja  Nein

b) War die Beschäftigte schädlichen Einwirkungen extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt?  Ja  Nein

c) War die Beschäftigte Lärm (Tages-Lärmexpositionspegel - L<sub>EX,8h</sub>) über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen (innerhalb von 0,5 s ein Anstieg um mind. 40 dB(A)) ausgesetzt?  Ja  Nein

d) War die Beschäftigte gesundheitsgefährdender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)?  Ja  Nein

e) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden?  Ja  Nein

f) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch biologische Arbeitsstoffe der Risikogruppen 2 – 4, z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten, gefährdet werden?  Ja  Nein

g) War die Beschäftigte mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich häufig erheblich strecken oder beugen oder dauernd hocken oder sich gebückt halten muss?  Ja  Nein

h) War die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren, insbesondere der Gefahr, auszugleiten, zu fallen, abzustürzen oder Kontakt mit aggressiven/agitierten Personen ausgesetzt?  Ja  Nein

### Zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen

- i) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika?  Ja  Nein
- j) Hatte die Beschäftigte Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potentiell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial?  Ja  Nein
- k) Assistierte die Beschäftigte bei invasiven Tätigkeiten oder führte sie diese selbst aus?  Ja  Nein

### Zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern

- l) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Kindern?  < 3 Jahre  3 - 6 Jahre  6 - 10 Jahre  > 10 Jahre
- m) Überprüfung der Immunität ist erfolgt:  Ja  Nein

### Optionale weitere Erläuterungen zur bisherigen Tätigkeit:

---

---

---

III. Liegt eine betriebsärztliche Stellungnahme vor?  Ja  Nein

### IV. Gefährdungsbeurteilung

Hinweis: Der Arbeitgeber hat nach dem Arbeitsschutzgesetz und der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz die Pflicht, durch eine Beurteilung der für die Beschäftigte mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind (Gefährdungsbeurteilung). Die Angaben unter II. dienen lediglich zur Information der Behörde und stellen u. U. keine vollständige Gefährdungsbeurteilung dar.

- Wurde der Arbeitsplatz der werdenden Mutter hinsichtlich der Arbeitszeiten, der Einwirkung von chemischen Gefahrstoffen, biologischen Arbeitsstoffen und physikalischen Schadfaktoren beurteilt?  Ja  Nein
- Wurde die werdende Mutter über das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung und über die zu ergreifenden Maßnahmen für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz unterrichtet?  Ja  Nein

Aufgrund der Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung erfolgte:

1.  keine Änderung der Arbeitsbedingungen  keine Änderung Arbeitszeit
2.  eine Änderung der Arbeitsbedingungen\*  eine Änderung der Arbeitszeit\*
3.  eine Umsetzung\*
4.  eine teilweise Freistellung von der Arbeit\*
5.  eine völlige Freistellung von der Arbeit (Beschäftigungsverbot nach § 4 MuSchG)

\* (Konkrete Angaben unter V.)

### V. Konkrete Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz bzw. zur jetzigen Arbeitszeit

---

---

---

---

Damit wurden die oben bejahten Gefährdungen ausgeschlossen  Ja  Nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden?  Ja  Nein

VI. Wurde ein individuelles Beschäftigungsverbot nach § 3 MuSchG von einem Arzt ausgesprochen?  Ja  Nein

.....  
(Ort, Datum, Unterschrift des Arbeitgebers)