

Arbeitgeber

Anschrift und Telefonnr.

Landesamt für Arbeitsschutz,
Gesundheitsschutz und
technische Sicherheit Berlin
Turmstraße 21

10559 Berlin

Fax: (030) 902 545 - 302

Benachrichtigung nach § 5 des Mutterschutzgesetzes (MuSchG)

in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Juni 2002 (BGBl. I S. 2318),
zuletzt geändert durch Artikel 14 des Gesetzes vom 17. März 2009 (BGBl. I S. 550)

Name: _____ Vorname: _____ geb. am: _____

Mutmaßlicher Tag der Entbindung: _____

Genauere Bezeichnung der Arbeitsstelle (**PLZ, Straße, Hausnummer, örtl. Bereich, Abteilung, Tel.**):

Die nachstehenden Angaben dienen der Vermeidung von Rückfragen gem. § 19 MuSchG:

Das Arbeitsverhältnis ist unbefristet befristet bis zum _____

Tätigkeit **vor** Bekanntwerden der Schwangerschaft:

Tätigkeit **nach** Bekanntwerden der Schwangerschaft:

Die Arbeitszeit	beträgt	wöchentlich	_____ Std.	täglich	_____ Std.
	beginnt	vor	6 Uhr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	endet	nach	20 Uhr	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ergebnis der Beurteilung des Arbeitsplatzes:

- Für die Schwangere wurde vom Arzt ein individuelles Beschäftigungsverbot gemäß § 3 Abs. 1 MuSchG ausgesprochen.
- Der Arbeitsplatz der werdenden Mutter wurde hinsichtlich der Arbeitszeiten, der Einwirkung von chemischen Gefahrstoffen, biologischen Arbeitsstoffen und physikalischen Schadfaktoren überprüft und mit folgendem Ergebnis beurteilt:
 - Eine Gefährdung liegt nicht vor. Der Arbeitsplatz wird unverändert beibehalten.
 - Mögliche Gefährdungen wurden durch organisatorische Maßnahmen ausgeschlossen (z.B. Umsetzung auf anderen Arbeitsplatz, Einschränkungen der Tätigkeiten).
 - Aufgrund eines generellen Beschäftigungsverbots nach § 4 oder wegen des Mehr-, Nacht- oder Sonn- und Feiertagsarbeitsverbots nach § 8 MuSchG setzt die werdende Mutter teilweise oder völlig mit der Arbeit aus. Der Durchschnittsverdienst gemäß § 11 Abs. 1 MuSchG wird weitergezahlt.

Der/Die Betriebsarzt/-ärztin: _____, erreichbar unter Rufnr.: _____

wurde bei der Beurteilung des Arbeitsplatzes der Schwangeren einbezogen. ja nein

Datum/Name und Unterschrift des Arbeitgebers

(Stand: 12/11)