

**Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern – LAGuS M-V**  
**Abteilung Arbeitsschutz und technische Sicherheit**

**Standort Schwerin**  
Friedrich-Engels-Str. 47  
19061 Schwerin  
Tel.: 0385/ 3991-102  
Fax: 0385/ 3991-155

**Standort Rostock**  
Erich-Schlesinger-Str. 35  
18059 Rostock  
Tel.: 0381/ 331-59000  
Fax: 0381/ 331-59048

**Standort Stralsund**  
Frankendamm 17  
18439 Stralsund  
Tel.: 03831/ 2697-59810  
Fax: 03831/ 2697-59877

**Standort Neubrandenburg**  
An der Hochstraße 1  
17036 Neubrandenburg  
Tel.: 0395/ 380-59659  
Fax: 0395/ 380-59730

**Mitteilung über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau gem.  
§ 27 Abs. 1 und Auskünfte gem. § 27 Abs. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG)**

**Name und Anschrift des Arbeitgebers**

Name:

Anschrift:

Telefon / Fax / E-Mail:

**Ansprechpartner/in**

Name:

Funktion:

Telefon / Fax / E-Mail:

**1. Angaben aufgrund von § 27 Abs. 1 MuSchG**

Schülerin       Studentin       Beamtin

Vor- und Zuname der  
werdenden Mutter

voraussichtlicher  
Entbindungstermin

**2. Angaben zum bisherigen Arbeitsplatz**

vor Bekanntwerden der  
Schwangerschaft be-  
schäftigt als  
(Beruf, Tätigkeit)

Das Arbeitsverhältnis ist  
unbefristet   
befristet bis .....

Beschäftigungsort  
(Zweigstelle, Filiale,  
Abteilung)

Heimarbeit       ja       nein

**Arbeitszeiten**

**wöchentliche**      **tägliche**      Gleitzeit:  ja     nein  
Arbeitszeit (Std.):      Arbeitszeit (Std.):

Arbeitszeit **vor 6.00 Uhr oder nach 20.00 Uhr:**  ja     nein    Sonn-/ Feiertagsarbeit:  ja     nein

Für eine schwangere oder stillende Frau nicht zulässig (§§ 5 und 6 MuSchG).

**Für die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau zwischen 20 Uhr und 22 Uhr ist nach § 28 MuSchG eine Ausnahmegenehmigung beim zuständigen Standort des Landesamtes für Gesundheit und Soziales, Abteilung Arbeitsschutz und technische Sicherheit zu beantragen.**

**3. Gefährdungsbeurteilung der bisherigen beruflichen Tätigkeit nach § 5 Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) in Verbindung mit § 10 MuSchG**

- a) Musste die Beschäftigte **regelmäßig** Lasten von mehr als **5 kg** Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?       ja       nein
- b) Musste die Beschäftigte **gelegentlich** Lasten von mehr als **10 kg** Gewicht von Hand heben, bewegen oder befördern?       ja       nein

- c) War die Beschäftigte extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt?  
falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein
- d) War die Beschäftigte Lärm über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen,  
Erschütterungen, Überdruck oder sauerstoffreduzierter Atmosphäre ausgesetzt?  
falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm):  ja  nein
- e) War die Beschäftigte ionisierender Strahlung ausgesetzt (z. B. Röntgenstrahlen)?  
falls ja, bitte nähere Angaben, insbesondere ob sie im Kontrollbereich beschäftigt wurde:  ja  nein
- f) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch Gefahrstoffe gefährdet werden?  
falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein
- g) Konnte die Beschäftigte an ihrem Arbeitsplatz durch Biostoffe der Risikogruppen 2 - 4  
(z. B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten) gefährdet werden?  
falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein
- h) War die Beschäftigte mit Arbeiten beschäftigt, bei denen sie sich häufig erheblich  
strecken oder beugen oder dauernd hocken oder sich gebückt halten musste?  ja  nein
- i) War die Beschäftigte erhöhten Unfallgefahren (z. B. der Gefahr auszugleiten, zu fallen,  
abzustürzen oder durch Kontakt zu aggressiven/ agitierten Personen oder durch die  
Beschäftigung auf Beförderungsmitteln) ausgesetzt?  
falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein
- j) War die Beschäftigte einer erhöhten psychischen Belastung (z .B. Allein-, Akkordarbeit,  
übermäßiger Zeitdruck) ausgesetzt?  
falls ja, bitte nähere Angaben:  ja  nein

#### **zusätzliche Angaben bei Beschäftigung im Gesundheitswesen:**

- k) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Zytostatika?  ja  nein
- l) Hatte die Beschäftigte Umgang mit infizierten Personen bzw. mit potenziell infektiösem  
Material (z.B. Blut, Körpersekret, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial)?  ja  nein  
falls ja, bitte nähere Angaben: .....
- m) Assistierte die Beschäftigte bei Operationen, Punktionen oder Injektionen  
oder führte diese selber aus?  ja  nein

#### **zusätzliche Angaben beim beruflichen Umgang mit Kindern:**

- n) Hatte die Beschäftigte Umgang mit Kindern? < 3 Jahre  / 3 - 6 Jahre  / 6 - 10 Jahre  / >10 Jahre
- o) Überprüfung der Immunität ist erfolgt:  ja  nein

**4. Liegt eine individuelle betriebsärztliche Stellungnahme vor?**  ja  nein

#### **5. Veranlasste Schutzmaßnahmen aufgrund des Ergebnisses der Gefährdungsbeurteilung**

- keine Änderung der Arbeitsbedingungen  
 Änderung der Arbeitsbedingungen → konkrete Angaben unter 6.  
 Umsetzung → konkrete Angaben unter 6.  
 teilweise Freistellung von der Arbeit → konkrete Angaben unter 6.  
 völlige Freistellung von der Arbeit → betriebliches Beschäftigungsverbot nach § 13 MuSchG
- keine Änderung der Arbeitszeit  
 Änderung der Arbeitszeit → konkrete Angaben unter 6.

## 6. Angaben zum jetzigen Arbeitsplatz bzw. der jetzigen Arbeitszeit

---

Die unter 3. festgestellten Gefährdungen wurden damit ausgeschlossen  ja  nein

Ist eine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden?  ja  nein

## 7. Mitteilungen nach § 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 MuSchG

Ich beabsichtige, eine schwangere oder stillende Frau in Ausbildung nach § 5 Absatz 2 MuSchG an Ausbildungsveranstaltungen bis 22 Uhr teilnehmen zu lassen. Die Einverständniserklärung der Frau liegt mir vor. Sie kann diese jederzeit widerrufen.  ja  nein

Ich beabsichtige, eine schwangere oder stillende Frau nach den Vorgaben des § 6 MuSchG an Sonn- und Feiertagen zu beschäftigen. Die Einverständniserklärung der Frau liegt mir vor. Sie kann diese jederzeit widerrufen.  ja  nein

Ich beabsichtige, eine schwangere oder stillende Frau mit getakteter Arbeit zu beschäftigen. Eine unverantwortbare Gefährdung besteht dadurch nicht.  ja  nein

## 8. Wurde ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG ausgesprochen?

ja  nein

Teilweises Beschäftigungsverbot  ja  nein

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arbeitgebers