**MITTEILUNG ÜBER DIE BESCHÄFTIGUNG SCHWANGERER ODER STILLENDER FRAUEN GEM. § 27 MUTTERSCHUTZGESETZ**

# An die Struktur- und Genehmigungsdirektion NordRegionalstelle Gewerbeaufsicht

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|[ ]  Idar-Oberstein | Hauptstraße 238 | 55743 Idar-Oberstein |
|  | Tel. 06781 565-0 | Fax 06781 565-1150 | poststelle22@sgdnord.rlp.de |
|[ ]  Koblenz | Stresemannstraße 3-5 | 56068 Koblenz |
|  | Tel. 0261 120-2192 | Fax 0261 120-2171 | Mutterschutz23@sgdnord.rlp.de |
|[ ]  Trier | Deworastraße 8 | 54290 Trier |
|  | Tel. 0651 4601-5235 | Fax 0651 4601-5231 | poststelle24@sgdnord.rlp.de |

# An die Struktur- und Genehmigungsdirektion SüdZentralreferat Gewerbeaufsicht und Staatliche Gewerbeärzte

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|[ ]  Neustadt | Friedrich-Ebert-Str. 14 | 67433 Neustadt |
|  | Tel. 06321 99-0 | Fax 06321 99-32089 | mutterschutz@sgdsued.rlp.de |

# Angaben nach § 27 Abs. 1 MuSchG zur schwangeren oder stillenden Frau:

|  |  |
| --- | --- |
| Frau: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Anschrift: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| geboren am: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beschäftigungsort: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Abteilung/Bereich: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Beschäftigt als: | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Die schwangere oder stillende Frau ist

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Beschäftigte/Arbeitnehmerin | [ ] arbeitnehmerähnliche Person |
| [ ] Schülerin | [ ] Beamtin |
| [ ] Studentin | [ ] Heimarbeiterin |

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Anschrift des ArbeitgebersKlicken Sie hier, um Text einzugeben. | Ansprechpartner für Rückfragen |
| Name  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Telefon | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Fax | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| E-Mail | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| Bezeichnung der Betriebsstätte [[1]](#footnote-1)Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |

Hiermit erfolgt die Mitteilung über die:

|  |
| --- |
|[ ]  Beschäftigung einer schwangeren Frau |
|  | Voraussichtlicher Geburtstermin: TT.MM.JJJJ | Bekanntgabe der Schwangerschaft: TT.MM.JJJJ |
|[ ]  Beschäftigung einer stillenden Frau, die Geburt war am: TT.MM.JJJJ |
|[ ]  Beschäftigung zwischen 20 und 22 Uhr |
|[ ]  Beschäftigung zwischen 22 und 6 Uhr |
|[ ]  Beschäftigung mit Mehrarbeit |
|[ ]  Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen |
|[ ]  Beschäftigung mit getakteter Arbeit |

Der Arbeitsplatz wurde für jede Tätigkeit, bei der werdende und stillende Mütter gefährdet werden könnten, nach Art, Ausmaß und Dauer der Gefährdung gem. § 10 MuSchG beurteilt. Die Beurteilung führte zu folgendem Ergebnis:

[ ]  Eine Gefährdung liegt nicht vor. Der Arbeitsplatz wird beibehalten.

[ ]  Folgende Schutzmaßnahme/Änderung/Umsetzung wurde durchgeführt:

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

[ ]  Aufgrund eines betrieblichen Beschäftigungsverbotes setzt die werdende Mutter teilweise/vollständig mit der Arbeit aus. Der Durchschnittsverdienst gem. § 18 MuSchG wird weitergezahlt.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Das Ergebnis der Beurteilung wurde der werdenden Mutter mitgeteilt. | [ ] Ja | [ ] Nein |
| Eine geeignete Liegemöglichkeit ist vorhanden. | [ ] Ja | [ ] Nein |
| Es wurde ein ärztliches Beschäftigungsverbot nach § 16 MuSchG ausgesprochen. | [ ] Ja | [ ] Nein |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hier Text eingeben., TT.MM.JJJJ |  | Klicken Sie hier, um Text einzugeben. |
| Ort, Datum |  | Unterschrift des(r) Arbeitgebers/Verantwortlichen |

1. vollständige Anschrift, falls nicht identisch mit Arbeitgeberanschrift [↑](#footnote-ref-1)