



Gefährdungsbeurteilung für eine schwangere bzw. stillende Mitarbeiterin
(nach § 10 Mutterschutzgesetz)

Name der/des Vorgesetzten:	Name der Mitarbeiterin:
Fachbereich/Einrichtung/Einsatzort:	Tätigkeiten:

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen zu den während der Tätigkeit evtl. auftretenden Gefährdungen. Werden Fragen mit Ja beantwortet, überlegen Sie bitte gemeinsam die möglichen Schutzmaßnahmen oder Alternativen, damit die Tätigkeit ohne Gefährdung für die Schwangere und ihr ungeborenes Kind ausgeübt werden kann und tragen diese in die Spalte „Schutzmaßnahmen“ oder am Ende der Tabelle ein.

Kommen Sie nach durchgeführter Gefährdungsbeurteilung zu dem Schluss, dass zur Fortsetzung der Tätigkeiten keine hinreichenden Schutzmaßnahmen zum Schutz der Schwangeren und des ungeborenen Kindes getroffen werden können, dann vermerken Sie bitte am Ende der Tabelle die Zuweisung einer anderen Aufgabe.

Auftretende Gefährdung:	Nein	Ja	Schutzmaßnahmen
1. Bestehen folgende Physikalische Gefährdungen?			
Besteht während der Tätigkeit die besondere Gefahr des Abstürzens, Ausrutschens, Hinfallens (z.B. bei Exkursionen oder auf Leitern)?			
Erfolgt ein regelmäßiges Heben & Tragen zwischen 5 und 10 kg ohne Hilfsmittel?			
Erfolgt ein gelegentliches Bewegen, Halten oder Tragen von 10 kg ohne Hilfsmittel?			
Ist die Ausführung der Tätigkeit mit häufigem, erheblichem Strecken oder Beugen oder dauerndem Hocken oder sich gebückt halten verbunden?			
Erfolgt ständiges Stehen über mehr als 4 Stunden?			
Erfolgt die Ausübung der Tätigkeit überwiegend im Stehen, so dass dies für die Schwangere ab dem 5. Schwangerschaftsmonat belastend wird?			
Tritt Hitze von 26° bis 35° C auf?			
Treten extreme Nassbereiche auf?			

Auftretende Gefährdung:	Nein	Ja	Schutzmaßnahmen
Erfolgt eine ionisierende Strahlung mit einer Dosis von mehr als 1 mSv während der Zeit der Schwangerschaft?			
Erfolgt ein Aufenthalt im Magnet- und Untersuchungsraum von Kernspintomographen (statisches elektromagnetisches Feld)?			
Treten Belastung durch das Tragen von besonderer PSA auf?			
2. Bestehen Gefährdungen durch Gefahrstoffe wie die			
Exposition gegenüber krebserzeugenden oder erbgutverändernden Stoffen der Kategorie 1A oder 1B?			
Exposition gegenüber fruchtschädigenden Stoffen der Kategorie 1A, 1B oder 2?			
Exposition gegenüber akut toxischen Stoffen?			
Exposition gegenüber toxischen oder gesundheitsschädlichen Stoffen mit einem oder mehreren der Gefahrhinweise H300, H301, H302, H310, H311, H312, H330, H331, H332, H370?			
3. Bestehen Gefährdungen durch Biostoffe?			
Besteht Umgang mit Biostoffen der Risikogruppe 4?			Gesetzlich verboten.
Besteht kein ausreichender Immunschutz / Impfschutz bei Tätigkeiten oder Kontakt mit dem Rötelnvirus oder Toxoplasmen?			
Besteht ein Umgang mit Biostoffen der Risikogruppen 2 und 3, wenn davon eine unverantwortliche Gefährdung ausgeht?			
Besteht die Möglichkeit der Infektion durch Verletzung mit schneidenden oder stechenden Werkzeugen bei Tätigkeiten mit potenziell infektiösen Körperflüssigkeiten von Menschen oder Tieren?			
4. Bestehen Gefährdungen durch Tiere ?			
Erfolgen Tätigkeiten mit Tieren, von denen eine besondere Gefahr ausgehen kann wie z. B. beißen, kratzen o.ä.?			
5. Bestehen Gefährdungen durch Arbeitsverfahren?			
Besteht eine erhöhte Unfallgefahr (z.B. durch Art der Tätigkeit bedingt)?			
6. Gefährdung durch andere Arbeitsbedingungen?			
Findet die Tätigkeit zw. 20.00 und 22.00 Uhr statt? (Die Tätigkeit ist nur zulässig, wenn die Mitarbeiterin sich			bei ja siehe Anhang

Anhang zur Gefährdungsbeurteilung:

Erklärung der schwangeren / stillenden Mitarbeiterin

Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an und unterschreiben anschließend.

Die Rechtsgrundlagen finden Sie in den §§ 3 und 6 des Mutterschutzgesetzes.

Hiermit erkläre ich mich ausdrücklich dazu bereit, meiner Beschäftigung nachkommen zu wollen bei :

- Tätigkeiten zwischen **20.00 bis 22.00h h**
- Tätigkeit **an Sonn- oder Feiertagen**, wenn eine Ausnahme vom allg. Verbot der Arbeit an Sonn- & Feiertagen gemäß § 10 Arbeitszeitgesetz zugelassen ist
- Tätigkeit innerhalb der **Schutzfrist von 6 Wochen vor der Entbindung**
(Die Erklärung kann auch zu einem späteren Zeitpunkt der Schwangerschaft abgegeben werden.
Dann bitte zunächst Nein in der Gefährdungsbeurteilung ankreuzen.)

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift

Widerruf:

Die Rechtsgrundlagen finden Sie in den §§ 3 und 6 des Mutterschutzgesetzes.

- Hiermit widerrufe ich ab dem _____ (Datum) meine bereits abgegebene Erklärung .

(Der Widerruf ist nur für die Zukunft möglich und wird frühestens ab Datum der Abgabe wirksam.)

Ort, Datum

eigenhändige Unterschrift
