

Frau

Name der Beschäftigten

Straße

Wohnort

An den Arbeitgeber

Antrag auf Verlängerung der Schutzfrist nach der Entbindung gemäß § 3 Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Mein Kind wurde am _____ geboren.

Vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung wurde bei meinem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch ärztlich festgestellt. Ein Beleg dafür ist beigefügt.

Ich beantrage die Verlängerung der Schutzfrist nach der Entbindung auf zwölf Wochen entsprechend § 3 Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 MuSchG.

Datum

Unterschrift

Erklärung einer schwangeren oder stillenden Frau nach § 5/ § 6 Mutterschutzgesetz bei beabsichtigter Beschäftigung nach 20:00 Uhr und/ oder an Sonn- und Feiertagen

Ich

Frau _____

geb. am _____

wohnhaft in _____

bin im Unternehmen _____

Anschrift _____

Betriebsteil/ Abteilung _____

als _____

beschäftigt. (Bei mehreren Beschäftigungsverhältnissen bitte alle arbeitgebenden Unternehmen/ Ausbildungsstellen o.Ä. angeben.)

Mir ist bekannt, dass Arbeitgeber grundsätzlich schwangere oder stillende Frauen

- nicht in der Zeit vor 6:00 Uhr,
- nicht in der Zeit nach 20:00 Uhr und
- nicht an Sonn- und Feiertagen

beschäftigen dürfen.

Ich erkläre hiermit mein ausdrückliches Einverständnis mit einer Beschäftigung

in der Zeit zwischen 20:00 Uhr bis 22:00 Uhr (1) (3)

an Sonn- und Feiertagen (2)

(zutreffendes ankreuzen)

- (1) Unter der Voraussetzung dieser Einverständniserklärung ist eine Beschäftigung abweichend vom Nachtarbeitsverbot nach § 5 MuSchG möglich, wenn der Arbeitgeber dies bei der zuständigen Behörde unter Vorlage
 - dieser Erklärung,
 - einer ärztlichen Bescheinigung über die Unbedenklichkeit und
 - einer Gefährdungsbeurteilung über die Tätigkeiten am Arbeitsplatz beantragt und innerhalb einer Frist von 6 Wochen keinen abschlägigen Bescheid darüber erhält.Es darf durch die Beschäftigung zwischen 20:00 und 22:00 Uhr keine unverantwortbare Alleinarbeit entstehen.
- (2) Unter der Voraussetzung dieser Einverständniserklärung ist eine Beschäftigung abweichend vom Sonn- und Feiertagsverbot nach § 6 MuSchG möglich, wenn die Tätigkeiten nicht dem allgemeinen Verbot des § 10 Arbeitszeitgesetz unterliegen, im Anschluss an eine ununterbrochene Nachtruhe von mindestens 11 Stunden ein Ersatzruhetag gewährt wird und durch die Beschäftigung an Sonn- und Feiertagen keine unverantwortbare Alleinarbeit entsteht.
- (3) Im Fall schulischer oder hochschulischer Ausbildung darf die Frau unter der Voraussetzung ihrer Einverständniserklärung an Ausbildungsveranstaltungen zwischen 20:00 und 22:00 teilnehmen, wenn dies zu Ausbildungszwecken erforderlich ist und dadurch keine unverantwortbare Alleinarbeit entsteht.

Diese Erklärung kann ich gemäß §5 bzw.6 MuSchG jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Datum

Unterschrift

Ärztliches Zeugnis gemäß § 5 i. V. m. § 28 Abs. 1 Nr. 2 Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Für die **schwangere / stillende***

Frau

geb. am.....

wohnhaft.....

auszuübende Tätigkeiten

bestehen auf Grund ihres derzeitigen Gesundheitszustandes hinsichtlich einer Beschäftigung **nach 20:00 Uhr bis Uhr** (gemäß § 28 Abs. 1 Nr. 2 MuSchG bis max. 22:00 Uhr)

aus ärztlicher Sicht **Bedenken / keine Bedenken***.

Datum

**Stempel/Unterschrift
des Arztes**

* (Nichtzutreffendes streichen)

Hinweis

Gemäß § 5 MuSchG vom 23.05.2017 dürfen Arbeitgeber schwangere oder stillende Frauen nicht zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr beschäftigen. Nach § 28 Abs. 1 MuSchG kann die Aufsichtsbehörde auf Antrag des Arbeitgebers, abweichend von § 5 Abs. 1 Satz 1 MuSchG, genehmigen, dass eine schwangere oder stillende Frau **zwischen 20:00 Uhr und 22:00 Uhr** beschäftigt wird, wenn

- sich die Frau dazu ausdrücklich bereit erklärt,
- nach ärztlichem Zeugnis nicht gegen die Beschäftigung der Frau bis 22:00 Uhr spricht,
- insbesondere eine unverantwortbare Gefährdung für die schwangere oder stillende Frau oder ihr Kind durch Alleinarbeit ausgeschlossen ist und
- dem Antrag des Arbeitgebers die Dokumentation der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 14 Abs. 1 MuSchG beigelegt ist.

Die schwangere oder stillende Frau kann ihre Erklärung jederzeit für die Zukunft widerrufen.

**Beurteilung der Immunitätslage einer schwangeren Frau
bei beruflichem Umgang mit Kindern und Jugendlichen nach Gefährdungsbeurteilung**
Dokumentation für Betriebsarzt/-ärztin

Dieses Dokument verbleibt in der Gesundheits-/Patientenakte des Arztes!

betroffene Arbeitnehmerin Frau:

Arbeitgeber:

beschäftigt als:

Umgang mit Kindern/ Jugendlichen im Alter von bis :

Besondere Infektionsrisiken:

Dokumentation zur Antikörper- bzw. Impfschutzlage gegenüber folgenden Infektionserkrankungen:

In Zweifelsfällen Anfrage an das jeweilige Nationale Referenzzentrum beim Robert Koch Institut, Nordufer 20,13353 Berlin (www.rki.de)

	Nachweis der Immunität zum Schutz vor tätigkeitsbedingter Gefährdung erforderlich Ja / Nein	Immunität nachgewiesen Ja / Nein	Erforderliche Maßnahmen bei <u>nicht</u> sicher nachgewiesener Immunität		
			Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt während der gesamten Schwangerschaft	Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt im begrenzten Zeitraum	Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt, wenn.....
Röteln	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	<input type="checkbox"/> bis 20. SSW	<input type="checkbox"/> befristet bei Ausbruch der Erkrankung bei den betreuten Kindern nach 20.SSW
Ringelröteln	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	<input type="checkbox"/> bis 20. SSW (bei Kindern im Vorschulalter)	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung bei Kindern im Schulalter bzw. nach 20.SSW
Windpocken	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (bei Kindern ≤10J.)	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung (bei Kindern >10J.)
Masern	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Ist eine Durchimpfungsrate in der Einrichtung von mindestens 95% erreicht, so kann auch eine Schwangere dort ohne Immunität beschäftigt werden	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (bei Vorschulkindern/ Kinderheimen/ Pädiatrie, bei Tätigkeiten mit engem Körperkontakt auch bei älteren Kindern z.B. Behinderteneinrichtungen)	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung/ bei Epidemien (bei Kindern im Schulalter)
Mumps	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung bei den betreuten Kindern/ bei Epidemien
Zytomegalie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> beim Umgang mit Kindern bis zu 3 Jahren, altersunabhängig bei behinderten Kindern, Einzelfallentscheidung im Gesundheitswesen	entfällt	bei engem Körperkontakt, wickeln (Hygienemaßnahmen, Schutzhandschuhe erforderlich)

	Nachweis der Immunität zum Schutz vor tätigkeitsbedingten Gefährdung erforderlich Ja / Nein	Immunität nachgewiesen Ja / Nein	Erforderliche Maßnahmen bei nicht sicher nachgewiesener Immunität		
			Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt während der gesamten Schwangerschaft	Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt im begrenzten Zeitraum	Keine Tätigkeiten mit Kinderkontakt, wenn ...
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> Hygiene- maßnahmen	<input type="checkbox"/>	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung bei den betreuten Kindern
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> kein Blutkontakt	<input type="checkbox"/> bei Risikogruppen z.B. bei jugendlichen Straftätern (Drogenabhängigkeit)	entfällt	entfällt
Hepatitis C/ HIV	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> kein Blutkontakt	<input type="checkbox"/> bei Risikogruppen z.B. bei jugendlichen Straftätern (Drogenabhängigkeit)	entfällt	entfällt
Influenza	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> bei Ausbruch der Erkrankung in der Einrichtung/ regionalen Epidemien
Rotavirus- infektion	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung/ Epidemien
Norovirus- infektion	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung/ Epidemien
Pertussis	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung bei den betreuten Kindern
Scharlach	entfällt	entfällt	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung bei den betreuten Kindern
Diphtherie	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>	entfällt	entfällt	<input type="checkbox"/> befristet bei Erkrankung in der Einrichtung

Aufgrund der oben erhobenen Befunde erhält die schwangere/stillende Frau für ihren Arbeitgeber mit gesondertem Formular Empfehlungen zur Weiterbeschäftigung

Die schwangere Frau wurde zu den relevanten Infektionskrankheiten (insbesondere der Zytomegalie) und den sich daraus ergebenden Konsequenzen eingehend informiert und beraten.

Datum, **Unterschrift** des/der Betriebsarztes, -ärztin

der schwangeren Frau

Stellungnahme (FORMBLATT B) der schwangeren Frau mitgegeben am _____

Arbeitgeber:
 (Anschrift)

**Ärztliche Empfehlungen für eine schwangere Frau
 zur Übergabe an ihren Arbeitgeber
 bei beruflichem Umgang mit Kindern und Jugendlichen**

Frau.....

beschäftigt als.....

mit beruflichem Umgang mit (*bitte ankreuzen*)

- Kindern unter 3 Jahren
- Kindern 3-6 Jahre
- Kinder 6-10 Jahren
- Kinder/ Jugendliche 10-18 Jahre
- besonderen Infektionsrisiken (Hepatitisrisiko bei Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Behinderung, bei Zeckengefahr,.....)

ist es erforderlich, dass Sie folgende Maßnahmen umsetzen:

- Die Tätigkeit kann unter Beachtung der allgemeinen Mutterschutzbestimmungen fortgesetzt werden.¹
- keine Betreuung von Kindern ≤ 3 Jahren während der gesamten Schwangerschaft
- kein Kontakt zu Vorschulkindern während der gesamten Schwangerschaft
- kein Kontakt zu Vorschulkindern während der ersten 20 Schwangerschaftswochen
- kein Umgang mit Kindern bis zum 10. Lebensjahr
- kein Umgang mit Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr während der ersten 20 Schwangerschaftswochen
- keine Tätigkeit mit Verletzungsgefahr
- keine Betreuung von aggressiven und/ oder behinderten Kindern und Jugendlichen
- Vermeidung von Zeckenbissrisiken
- es gelten besondere Hygienebedingungen
- befristet ist ein Beschäftigungsverbot bei Auftreten folgender Erkrankungen in Ihrer Einrichtung/ bei den betreuten Kindern erforderlich:¹
 - Ringelröteln in der Einrichtung
 - Masern in der Einrichtung
 - Mumps bei den betreuten Kindern
 - Windpocken in der Einrichtung
 - Hepatitis A bei den betreuten Kindern
 - Influenza in der Einrichtung
 - Rotavirusinfektionen in der Einrichtung
 - Norovirusinfektionen in der Einrichtung
 - Keuchhusten bei den betreuten Kindern
 - Scharlach bei den betreuten Kindern
 - Diphtherie in der Einrichtung

.....

Notwendige arbeitsrechtliche Anweisungen sowie Maßnahmen sind durch Sie unverzüglich zu veranlassen.¹

Die schwangere Frau wurde zu den relevanten Infektionskrankheiten in Verbindung mit dem beruflichen Umgang mit Kindern und Jugendlichen (insbesondere der Zytomegalie) und den sich daraus ergebenden Konsequenzen eingehend informiert und beraten.

Name und Anschrift der/des (Betriebs-)Ärztin/Arztes:

Datum, **Unterschrift**

¹ siehe Anmerkungen Rückseite

Anmerkungen und Hinweise:

Befristete Beschäftigungsverbote sind bei Auftreten der umseitig genannten Erkrankungen in der Einrichtung/ bei den betreuten Kindern zu veranlassen, sofern nicht darüber hinaus ein höherwertiges Beschäftigungsverbot besteht:

Röteln/ Ringelröteln:	Wiederzulassung nach dem 21. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Masern	Wiederzulassung nach dem 21. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Mumps	Wiederzulassung nach dem 25. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Windpocken:	Wiederzulassung nach dem 28. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Hepatitis A:	Wiederzulassung nach dem 50. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Influenza:	Wiederzulassung nach dem 10. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Norovirusinfektion:	Wiederzulassung nach dem 17. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Rotavirusinfektion:	Wiederzulassung nach dem 11. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Keuchhusten:	Wiederzulassung nach dem 20. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Scharlach:	Wiederzulassung nach dem 3. Tag nach dem letzten Erkrankungsfall
Diphtherie:	Wiederzulassung in Absprache mit dem Gesundheitsamt
andere Infektionen:	nach Rücksprache mit dem Betriebsarzt

Schwangere sollten generell Kontakt zu Blut (HBV, HCV, HIV), Katzen und Katzenkot (Toxoplasmose) vermeiden.

Unterweisungen der schwangeren Frau zum hygienischen Umgang mit Vorschulkindern hinsichtlich Zytomegalie, Hepatitis A und mit behinderten Kindern und Jugendlichen hinsichtlich Hepatitis A, B und C sind erfolgt.

Alle erforderlichen Maßnahmen o.g. Sinne sind durch Sie zu veranlassen. Gegebenenfalls sind die Arbeitsbedingungen zu verändern oder die schwangere Frau umzusetzen. Bestehen für Sie diese Möglichkeiten nicht, müssen Sie in eigener Verantwortung ein Beschäftigungsverbot aussprechen.

Bei Fragen halten Sie bitte Rücksprache mit Ihrem Betriebsarzt. Vielen Dank!

Ärztliches Attest gemäß § 16 Mutterschutzgesetz (MuSchG) zur Vorlage beim Arbeitgeber

Für Frau geb. am

voraussichtlicher Entbindungstermin:

spreche ich gemäß § 16 Abs. 1 MuSchG mit Wirkung vom

ein **ärztliches Beschäftigungsverbot** aus, da die Gesundheit der schwangeren Frau und die ihres Kindes bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.

Das Beschäftigungsverbot gilt voraussichtlich bis zum

Das Beschäftigungsverbot bezieht sich auf

- jede Beschäftigung
- jede Beschäftigung von mehr als Stunden pro Tag
- folgende Beschäftigungen

.....

- folgende Belastungen

.....

.....

Ort, Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin/ des Arztes