

Arbeitgeber (vollständige Anschrift und Telefon)

Ort, Datum \_\_\_\_\_

**Amt für Arbeitsschutz**  
**Arbeitnehmerschutz- Mutterschutz**  
Billstr. 80  
20539 Hamburg

Telefon: 42837 - 3145 / 3240 / 2650  
Telefax: 42837 - 3100  
Internet: www.mutterschutz.hamburg.de

### BENACHRICHTIGUNG

gemäß § 5 Abs.1 Satz 3 des Mutterschutzgesetzes -MuSchG-

Vor- u. Nachname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Beruf/ Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Beschäftigungsort  
*(bitte genaue Anschrift angeben)* \_\_\_\_\_

Das Arbeitsverhältnis ist  unbefristet  
 befristet bis

Die Arbeitnehmerin hat uns am \_\_\_\_\_ mitgeteilt, dass sie voraussichtlich am \_\_\_\_\_ entbinden wird.

Die nachstehenden Angaben fallen nicht unter die Meldepflicht nach §5 MuSchG, werden aber zur Vermeidung von Rückfragen im Sinne des §19 MuSchG erbeten.

#### 1. Tätigkeit

- a)  im Stehen       im Sitzen       im Gehen
- b)  Vollzeit       Teilzeit       Schichtarbeit       Heimarbeit  
 im Akkord       als Fließarbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo
- c)  Umgang mit  gesundheitsgefährdenden Stoffen, ggf. welche?  
 gesundheitsgefährdenden Strahlen, ggf. welche?  
 infektiösem Material, ggf. welche?  
*(für nähere Angaben bitte die Rückseite benutzen!)*
- d)  unter Lärmeinwirkung       > 80 dB(A), ggf. Schallpegelwert angeben!      dB(A)
- e)  Heben und Tragen von Lasten > 5 kg und gelegentlich >10 kg

#### 2. Arbeitszeit

- a) Dauer der Arbeitszeit      Std. (wöchentlich)      Std. (täglich)
- b) Lage der Arbeitszeit      \*Mo, Die, Mi, Do, Fr.      von      bis      , Pause      Std./ Min.  
    \*Samstag      von      bis      , Pause      Std./ Min.  
    \*Sonntag      von      bis      , Pause      Std./ Min.  
    \* *(nicht zutreffende Tage streichen)*

3. Steht ein Liegeraum bzw. eine Liegemöglichkeit zur Verfügung?       ja       nein

4. Eine Beurteilung der Arbeitsbedingungen im Sinne des § 1 MuSchArbV - Verordnung zum Schutz der Mütter am Arbeitsplatz ist am \_\_\_\_\_ vorgenommen worden.

Zum Schutz und zur Sicherheit von Mutter und Kind haben wir Folgendes veranlasst:

- a)  Es sind keine besonderen Maßnahmen erforderlich
- b)  Änderung der Arbeitsbedingungen, d.h.:  Arbeitserleichterung  
 Ausschluss gefährlicher Arbeiten  
 Änderung der Arbeitszeit
- c)  Umsetzung auf einen neuen Arbeitsplatz
- d)  Freistellung ab \_\_\_\_\_ *(Es kann kein alternativer Einsatz angeboten werden)*

\_\_\_\_\_  
Firmenstempel und Unterschrift