

Mitteilung über die Beschäftigung schwangerer oder stillender Frauen (gemäß § 27 (1) Nr.1 Mutterschutzgesetz)

**Gewerbeaufsicht des Landes Bremen
- Arbeits- u. Immissionsschutzbehörde -**

- Dienstort Bremen
Parkstr. 58/60
28209 Bremen
Tel.: 0421/361-6260 Fax: 0421/361-6522
E-Mail: office-hb@gewerbeaufsicht.bremen.de

**Gewerbeaufsicht des Landes Bremen
- Arbeits- u. Immissionsschutzbehörde -**

- Dienstort Bremerhaven
Lange Str. 119
27580 Bremerhaven
Tel. 0471/596-13270 Fax: 0471/596-13494
E-Mail: office-brhv@gewerbeaufsicht.bremen.de

Name, Vorname und ggf. Geburtsname der schwangeren oder stillenden Frau

- schwanger stillend (wenn Schwangerschaft noch nicht angezeigt wurde)
- Schülerin/Studentin Beamtin sonstige Beschäftigte

Name und Anschrift der Firma, Ausbildungsstelle oder Praktikumsstelle

Falls in einem Filialbetrieb beschäftigt, Anschrift der Filiale

Seit Mitteilung der Schwangerschaft bzw. Stillzeit beschäftigt als (genaue Bezeichnung)

voraussichtlicher Entbindungstermin

Beginn der Schutzfrist

Die schwangere Frau ist aufgrund von Beschäftigungsverboten von der Arbeit freigestellt (bei Nein sind auch die weiteren Angaben auszufüllen)

- Ja Nein

Weitere Angaben nach § 27 (2) Mutterschutzgesetz

Die Tätigkeit seit Mitteilung der Schwangerschaft bzw. Stillzeit kann schädliche Einwirkungen verursachen durch:

- gesundheitsgefährdende Stoffe Gase oder Dämpfe Hitze, Kälte oder Nässe
- Erschütterungen oder Lärm biologische Arbeitsstoffe

Die Tätigkeit seit Mitteilung der Schwangerschaft erfordert:

- ständiges Stehen ständiges Sitzen Heben und Tragen von Lasten > 5 kg
- häufiges Strecken, Bücken, Hocken, oder Gebückthalten

Mitteilung über die Beschäftigung schwangerer oder stillender Frauen (gemäß § 27 (1) Nr.1 Mutterschutzgesetz)

Die Tätigkeit seit Mitteilung der Schwangerschaft wird ausgeübt:

- im Zeitlohn im Akkord am Fließband gegen Prämie in Heimarbeit
- im Durchschnittslohn wegen
eines Beschäftigungsverbot als getaktete Arbeit

Tägliche Arbeitszeit seit Mitteilung der Schwangerschaft: (Tragen Sie Beginn und Ende der Arbeitszeit ein und geben Sie die Länge der Pausen an)

Montag - Donnerstag	<input type="text"/>	Pause von - bis (oder in Minuten)	<input type="text"/>
Freitag	<input type="text"/>	Pause von - bis (oder in Minuten)	<input type="text"/>
Samstag	<input type="text"/>	Pause von - bis (oder in Minuten)	<input type="text"/>
Sonntag	<input type="text"/>	Pause von - bis (oder in Minuten)	<input type="text"/>

Anzahl der Arbeitsstunden in der Doppelwoche:

Die Arbeitsbedingungen wurden gemäß § 10 Mutterschutzgesetz beurteilt.

- Ja Nein

Die Betriebsärztin / der Betriebsarzt wurde eingeschaltet.

- Ja Nein

Die Tätigkeit erfordert bis zum Beginn der Schutzfrist besondere Maßnahmen.

- Ja Nein

Unterschrift der Arbeitgeberin / des Arbeitgebers