

**Beurteilung der Arbeitsbedingungen einer schwangeren oder stillenden Frau
nach § 10 Abs. 2 Mutterschutzgesetz
(Konkrete Gefährdungsbeurteilung)**

Formular zurücksetzen

Klinik/Abteilung: _____

Zu-/Vorname der Frau _____

Geburtsdatum der Frau: _____

(Vorauss.) Entbindungstermin: _____

Detaillierte Tätigkeit: _____

Wichtiger Hinweis: Es ist zu beachten, dass es sich bei dieser Kurzfassung zur Gefährdungsbeurteilung um einen nicht abschließenden Fragekatalog handelt. Sollten weitergehende Gefährdungen im Betrieb vorliegen, so sind hinreichende Schutzmaßnahmen zu veranlassen und entsprechend zu dokumentieren.

Sofern Fragen des Vordrucksatzes bezüglich des Arbeitsplatzes/Tätigkeit mit „Ja“ beantwortet wurden, ist von einer unverantwortbaren Gefährdung für die schwangere Frau und/oder das ungeborene Kind auszugehen. Die Arbeitsbedingungen und ggf. die Arbeitszeiten sind daraufhin so umzugestalten, dass eine unverantwortbare Gefährdung ausgeschlossen ist. Ggfs. ist eine Umsetzung erforderlich (vgl. Mutterschutzgesetz, veröffentlicht im Intranet unter „Mutterschutz“). Dies ist in der Spalte „Maßnahmen“ (ggfs. auf einem Beiblatt) zu dokumentieren.

Tätigkeitsmerkmale/Gefährdungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Maßnahmen
Liegt Akkordarbeit, Fließarbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo o.ä. vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Liegt Alleinarbeit vor, ohne dass gewährleistet ist, dass der Arbeitsplatz jederzeit verlassen oder Hilfe geholt werden kann?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden regelmäßig Lasten von mehr als 5 kg Gewicht von Hand gehoben, bewegt oder befördert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden gelegentlich Lasten von mehr als 10 kg Gewicht von Hand gehoben, bewegt oder befördert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Beschäftigte extremer Hitze, Kälte oder Nässe ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Beschäftigte Lärm über 80 dB(A) oder impulshaltigen Geräuschen ausgesetzt? Falls ja, bitte nähere Angaben (Dauerschallpegel, Impulslärm):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ist die Beschäftigte Stößen und Erschütterungen ausgesetzt, z.B. Beschäftigungen auf Fahrzeugen oder Beschäftigungen in der Nähe von Maschinen, die Schwingungen zwischen 0,5 und 80 Hertz verursachen? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erfordert die Tätigkeit ständiges Sitzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erfordert die Tätigkeit ständiges Stehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dauert die stehende Beschäftigung länger als 4 Stunden täglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Es ist keine geeignete Liegemöglichkeit vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erfordert die Tätigkeit häufiges erhebliches Strecken oder Beugen oder dauerndes Hocken oder gebückte Haltung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Besteht eine Gefährdung durch Gefahrstoffe (Prüfung nach Anlage Gefahrstoffe!)? Falls ja, bitte nähere Angaben (welche, wie häufig, Arbeitsplatzkonzentration u.a.):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Gefährdung durch Infektionserreger der Risikogruppen 2–4, z.B. Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine Gefährdung durch ionisierende Strahlen (z. B. Röntgenstrahlen, offene Radionuklide)? Werden Arbeiten im Kontrollbereich durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen erhöhte Unfallgefahren (z.B. aggressive/ agitierte Personen, Gefahr auszurutschen, abzustürzen oder zu fallen, z. B. in Nassbereichen/Küchen oder auf Leitern)? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht Umgang mit Zytostatika?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht Umgang mit potenziell infektiösem Material, z. B. Blut, Körpersekreten, Untersuchungsgut, Wäsche, Verbandsmaterial bzw. infizierten Personen? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wird bei Operationen, Punktionen oder Injektionen u.a. assistiert oder diese selbst durchführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht ein beruflicher Umgang mit Kindern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wird Nachtarbeit zwischen 22 und 6 Uhr ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wird Nachtarbeit zwischen 20 und 22 Uhr ausgeübt? Wenn ja: Es liegt kein schriftliches Einverständnis der Beschäftigten vor. Es liegt kein befürwortendes ärztliches Attest vor. Es liegt Alleinarbeit vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	
Wird Sonn- und Feiertagsarbeit ausgeübt? Wenn ja: Es liegt kein schriftliches Einverständnis der Beschäftigten vor. Es liegt Alleinarbeit vor.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	
Wird Mehrarbeit im Sinne der Arbeitszeitgesetzes ausgeübt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Bestehen sonstige Gefährdungen (z. B. Arbeit unter Zeitdruck, Tätigkeiten mit Nothilfecharakter, Arbeiten auf Beförderungsmittel)? Falls ja, bitte nähere Angaben:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**Geschäftsbereich Personal
Abteilung Personalmanagement
im H a u s e**

Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung

- Der ursprüngliche Arbeitsplatz wird beibehalten, da eine Gefährdung nicht vorliegt.
- Der ursprüngliche Arbeitsplatz wurde abgeändert. Durch die Änderungen konnten alle Gefährdungen beseitigt werden (siehe Spalte „Bemerkungen“).
- Bei der Gefährdungsbeurteilung bestehen Unklarheiten - bis zur Klärung wird die Mitarbeiterin nicht mit den fraglich gefährdenden Tätigkeiten beschäftigt.

Es wurde eine Beratung durch:

- die Fachkraft für Arbeitssicherheit
- den Betriebsärztlichen Dienst

zu folgenden Fragen erbeten:

- Der ursprüngliche Arbeitsplatz kann nicht adäquat geändert werden. Ein Alternativ-Arbeitsplatz wurde im Zuständigkeitsbereich nicht gefunden. Die schwangere/stillende Frau wurde vorsorglich bis auf weiteres von dieser Arbeit freigestellt. Die Personalabteilung wurde hierüber umgehend informiert und entscheidet über das endgültige Vorgehen.

Sonstige Bemerkungen:

Köln, _____

Verantwortliche/r Vorgesetzte/r
(Stempel/Unterschrift)

Beschäftigte

(Die Beschäftigte bestätigt, dass mit ihr über die Anpassung ihrer Arbeitsbedingungen gesprochen wurde und sie das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung zur Kenntnis genommen hat.)