

# Mitteilung über die Beschäftigung werdender Mütter gemäß § 5 Abs. 1 und § 19 Abs. 1 Mutterschutzgesetz

Bezirksregierung Münster  
Außenstelle Coesfeld  
- Dezernat 56 -  
Leisweg 12  
48653 Coesfeld

E-Mailadresse: [mutterschutz@brms.nrw.de](mailto:mutterschutz@brms.nrw.de)  
Telefax: 0251 411-2119  
(Original nicht erforderlich)

Hier bitte die Anschrift des Arbeitgebers eintragen

## Angaben zur werdenden Mutter

Vorname

Nachnamen

Straße, Hausnummer

Postleitzahl Ort

Voraussichtlicher Entbindungstermin: \_\_\_\_\_ Beginn der Schutzfrist: \_\_\_\_\_

Die werdende Mutter wird beschäftigt als (Beruf): \_\_\_\_\_

Beschäftigungsort

Postleitzahl Ort

Das Arbeitsverhältnis ist unbefristet  Das Arbeitsverhältnis ist befristet und endet am: \_\_\_\_\_

tägliche Arbeitszeit: (Stunden) \_\_\_\_\_ wöchentliche Arbeitszeit: (Stunden) \_\_\_\_\_

### Lage der Arbeitszeit (nach Bekanntgabe der Schwangerschaft):

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ und von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

### Sind die Arbeitsbedingungen bereits hinsichtlich besonderer Risiken beurteilt worden?

Gefährdungsbeurteilung:  ja  nein

Der Arbeitsplatz wird beibehalten

Der Arbeitsplatz wird unter Ausschluss bestimmter Tätigkeiten beibehalten

Umsetzung auf einen anderen Arbeitsplatz

Umsetzung nicht möglich daher Beschäftigungsverbot

**Hinweis:** Der neue Arbeitsplatz ist dann ebenfalls zu beurteilen.

Weitere Maßnahmen aufgrund der Gefährdungsbeurteilung

Datum

Funktion

Unterschrift