

**Mitteilung über die Beschäftigung einer schwangeren oder stillenden Frau  
nach § 27 Abs. 1 Mutterschutzgesetz  
und Angaben nach § 27 Abs. 2 Mutterschutzgesetz**

Arbeitgeber / Gleichgestellte (Name, Anschrift)	Datum
Bezirksregierung Münster Dezernat 56.5 Domplatz 1-3 48143 Münster	E-Mail: mutterschutz@brms.nrw.de Fax: 0251/411-2119
Name, Vorname (der schwangeren oder stillenden Frau)	
<input type="radio"/> schwangere Frau      voraussichtlicher Entbindungstermin: _____ Schwangerschaftsmeldung an den Arbeitgeber am: _____ <input type="radio"/> stillende Frau              Entbindungstermin: _____	
<b>Status:</b> <input type="radio"/> Beschäftigte nach § 7 Abs. 1 Sozialgesetzbuch IV <input type="radio"/> unbefristetes Beschäftigungsverhältnis <input type="radio"/> befristetes Beschäftigungsverhältnis bis: _____ <input type="radio"/> Beamtin / RichterIn im Land (z. B. Landes- oder Kommunalbeamtinnen) <input type="radio"/> Beamtin des Bundes <input type="radio"/> betriebliche Ausbildung <input type="radio"/> Schülerin <input type="radio"/> Schülerin in Pflichtpraktikum <input type="radio"/> Studentin <input type="radio"/> Studentin in Pflichtpraktikum <input type="radio"/> Freiwillige im Jugendfreiwilligendienst oder im Bundesfreiwilligendienst <input type="radio"/> als Frau mit Behinderung in Werkstatt für behinderte Menschen beschäftigt <input type="radio"/> Heimarbeiterin nach dem Heimarbeitsgesetz <input type="radio"/> sonstige arbeitnehmerähnliche Person	
Die Frau wird beschäftigt / ausgebildet als:	
Beschäftigungs-/Ausbildungsort (vollständige Anschrift):	

<b>Beschäftigungszeiten:</b> wöchentlich: _____ Stunden täglich: _____ Stunden	Lage der Beschäftigungszeiten (nach Bekanntgabe der Schwangerschaft oder in der Stillzeit) von _____ Uhr bis _____ Uhr von _____ Uhr bis _____ Uhr
Wird die Frau an Sonn- und Feiertagen beschäftigt/ausgebildet? (zulässig unter den Bedingungen des § 6 Mutterschutzgesetz i. V. m. § 10 Arbeitszeitgesetz) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (Schriftliches Einverständnis der Frau muss vorliegen!)	
<b>Beurteilung der Arbeitsbedingungen; Schutzmaßnahmen:</b> Wurden Arbeitsbedingungen und mögliche Gefährdungen für Mutter und Kind gemäß § 10 Mutterschutzgesetz i. V. m. § 5 Arbeitsschutzgesetz beurteilt und die erforderlichen Schutzmaßnahmen ermittelt?  <input type="radio"/> ja, am: _____ von (Name): _____ Funktion _____ <input type="radio"/> nein	
Sind (nach Maßgabe der Gefährdungsbeurteilung) konkrete Schutzmaßnahmen erforderlich?  <input type="radio"/> ja, welche (ggfls. Rückseite verwenden)?           <input type="radio"/> nein	
Ist der Frau ein Gespräch zur Anpassung ihrer Arbeitsbedingungen angeboten worden?  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Datum	Unterschrift