

# Mitteilung über die Beschäftigung schwangerer oder stillender Frauen (gemäß §§ 15 und 27 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

Name und Anschrift der Firma

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

**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 §§ 15 und 27 Mutterschutzgesetz)

## Die Tätigkeit seit Mitteilung der Schwangerschaft wird ausgeübt:

im Zeitlohn     im Akkord     am Fließband     gegen Prämie     in Heimarbeit

im Durchschnittslohn wegen  
eines Beschäftigungsverbotes

---

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

Montag - Donnerstag        Pause von - bis (oder in Minuten)   

Freitag        Pause von - bis (oder in Minuten)   

Samstag        Pause von - bis (oder in Minuten)   

Sonntag        Pause von - bis (oder in Minuten)   

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