

## Gefährdungsbeurteilung

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Name der werdenden Mutter:            | Datum der Erstellung/Aktualisierung:         |
| Name der /des Erstellerin/Erstellers: | Art/Bezeichnung/Abteilung d. Arbeitsplatzes: |

| Physikalische Gefährdungen   | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>Mechanisch</b>  |                          |                          |
| Heben, Tragen/Bewegen von Lasten<br>regelmäßig mehr als 5 kg <input type="checkbox"/> ,<br>regelmäßig mehr als 10 kg <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ständiges Stehen („an einer Stelle“)<br><input type="checkbox"/> Sitzgelegenheit vorhanden? <input type="checkbox"/> länger als 4 Stunden täglich?<br><input type="checkbox"/> Liegemöglichkeit vorhanden?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> häufig erhebliches Strecken oder Beugen oder dauerndes Hocken oder sich gebückt halten  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Beschäftigung in Fahrzeugen, <input type="checkbox"/> Fahrzeit länger als 4 Stunden täglich   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Umgebungsfaktoren</b>   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Extreme Hitze (>26°C)<br><input type="checkbox"/> Kälte (u. a. Kühlraum)<br><input type="checkbox"/> Nässe (u. a. Außenarbeiten)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Lärm mit einem Beurteilungspegel (Leg) > 80 dB (A)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Vibrationen, Stöße und Erschütterungen (u. a. beim Bedienen von Maschinen)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ionisierende Strahlung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Genehmigungspflichtiger Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nichtionisierende Strahlung: Kernspintomographie, sonstige extreme elektromagnetische Felder, Röntgenstrahlung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Chemische Gefährdungen</b><br><b>(siehe Gefahrstoffverzeichnis, Sicherheitsdatenblatt, Kennzeichnung)</b>   |                          |                          |
| <b>1. Krebserzeugende, erbgutverändernde oder fruchtschädigende Gefahrstoffe</b>   |                          |                          |
| Befinden sich im Arbeitsumfeld der werdenden Mutter Stoffe mit der Einstufung karzinogen, keimzellmutagen oder reproduktionstoxisch nach Kategorie 1A/1B der CLP-Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 mit den Gefahrenhinweisen (H-Sätze):<br><input type="checkbox"/> H 350 kann Krebs erzeugen (z. B. Benzol)<br><input type="checkbox"/> H 340 kann genetische Defekte verursachen (z. B. Ethylenoxid)<br><input type="checkbox"/> H 350i kann Krebs erzeugen beim Einatmen (z. B. Cadmiumsulfat, Beryllium)<br><input type="checkbox"/> H 360 D kann das Kind im Mutterleib schädigen (z. B. Bleichromat) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Befinden sich im Arbeitsumfeld der werdenden Mutter Stoffe mit der Einstufung karzinogen, keimzellmutagen oder reproduktionstoxisch <sup>1</sup> nach Kategorie 2 der CLP-Verordnung (EG) Nr. 1272/2008 mit den Gefahrenhinweisen (H-Sätze):<br><input type="checkbox"/> H 351 kann vermutlich Krebs erzeugen (z. B. p-Toluidin)<br><input type="checkbox"/> H 341 kann vermutlich genetische Defekte verursachen (z. B. Cadmiumsulfid)<br><input type="checkbox"/> H 361d kann vermutlich das Kind im Mutterleib schädigen (z. B. Toluol)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeitet die Mutter selbst mit diesen Gefahrstoffen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist die werdende Mutter diesen Gefahrstoffen ausgesetzt (auch bei Unfällen/Havarien)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| <b>2. Sehr giftige, giftige, gesundheitsschädliche, andere chronisch schädigende Stoffe</b>   |                          |                          |
| Hat die werdende Mutter Kontakt mit entsprechend eingestuftem Gefahrstoffen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Werden die Grenzwerte überschritten? (ggf. Messung veranlassen)<br>(Anmerkung: bei Arbeitsplatz-Grenzwertüberschreitung besteht ein Beschäftigungsverbot)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht unmittelbarer Hautkontakt mit hautresorptiven Gefahrstoffen?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. Gefährdung durch biologische Arbeitsstoffe (infektionsgefährdende Keime)</b>  |                          |                          |
| Umgang mit infektiösen Materialien (z. B. Gewebe, Blut, Körperflüssigkeiten und – ausscheidungen)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Werden stechende/schneidende Instrumente eingesetzt?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exposition gegenüber sonstigen Erregern (Viren, Bakterien, Pilze):<br>(Risikogruppe 2-4, Erkrankung und/oder Therapie gefährlich für die werdende Mutter und/oder die Leibesfrucht, z. B. <i>Borrelia burgdorferi</i> , <i>Coxiella Burnetii</i> , <i>Coxsackie-Virus</i> , <i>Cytomegalie-Virus</i> , <i>Hepatitis B- oder C-Virus</i> , <i>HIV</i> , <i>Listeria monocytogenes</i> , <i>Masern-Virus</i> , <i>Mumps-Virus</i> , <i>Parvovirus B 19</i> , <i>Röteln-Virus</i> , <i>Toxoplasma gondii</i> , <i>Varicella-Zoster-Virus</i> ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeiten mit der besonderen Gefahr des Entstehens einer Berufskrankheit aufgrund der Schwangerschaft oder Arbeiten, bei denen durch das Risiko der Entstehung einer Berufskrankheit eine erhöhte Gefährdung für die werdende Mutter oder eine Gefahr für das ungeborene Kind besteht (z. B. <i>Hepatitis</i> , <i>Mumps</i> , <i>Röteln</i> , <i>Masern</i> )   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Gefährdung durch besondere Arbeits-/Studienbedingungen</b>   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
| Arbeiten bei Überdruck (z. B. in Druckkammern, beim Tauchen)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Arbeiten mit erhöhten Unfallgefahren, insbesondere Ausgleiten, Abstürzen, Fallen; Umgang mit Personen, die durch potenziell aggressives Verhalten eine Gefahr sein können   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Akkordarbeit, Fließarbeit mit vorgeschriebenem Arbeitstempo u. ähnliches  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Arbeits-/Studienzeit</b>   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
| Nacharbeit (§ 5 MuSchG)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mehrarbeit, d. h. mehr als 8,5 Stunden täglich oder 90 Stunden in der Doppelwoche (Frauen unter 18 Jahre: 8 Stunden täglich oder 80 Stunden in der Doppelwoche)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Psychische Belastungen</b>   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
| Höheres Gewaltpotenzial (Kunden, Patienten)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alleinarbeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hoher Termindruck   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Weiteres:   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Sonstiges</b>  | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Gesamtergebnis</b>   |                          |                          |
| Die Beschäftigte ist keiner Gefährdung nach mutterschutzrechtlichen Vorschriften ausgesetzt. Es sind keine weiteren Maßnahmen im Fall einer Schwangerschaft erforderlich.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Eine Gefährdung liegt vor<br>(Beim Vorliegen einer Schwangerschaft sind umgehend entsprechende Maßnahmen zu veranlassen. Dies ist der Fall, sobald die Frage mit „Ja“ beantwortet wurde bzw. sich eine Gefährdung unter „Sonstiges“ ergibt; Schutzmaßnahmen sind zu dokumentieren.)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Ergriffene Schutzmaßnahmen bei Bekanntwerden einer Schwangerschaft</b>  |                          |                          |
| Änderung der Arbeits-/Studienbedingungen wurde veranlasst, am  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Welche Schutzmaßnahmen wurden getroffen?<br><input type="checkbox"/> Sitzmöglichkeit, Liege bereitgestellt, Freistellung für Arztbesuche<br><input type="checkbox"/> Weiteres:<br><input type="checkbox"/> Teilbeschäftigungsverbot des Arbeitgebers/Prüfungsausschusses ausgestellt<br><input type="checkbox"/> anderer Arbeitsbereich/individueller Studien-/Prüfungsplan: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Eine Umsetzung wurde veranlasst, am  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Die weitere Beschäftigung/Weiteres Studieren wäre ohne Gefährdung der werdenden/stillenden Mutter nicht möglich. Die Arbeitnehmerin/Studierende ist ab u _____ unter Fortzahlung ihres Arbeitsentgeltes (§ 18 MuSchG) vom Arbeitgeber freigestellt. (incl. Beschäftigungsverbot des Arbeitgebers)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Mitteilung an die Behörde gemäß § 27 MuSchG erfolgt  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besprechung des Ergebnisses der Gefährdungsbeurteilung und die veranlassten Schutzmaßnahmen gemeinsam mit der Beschäftigten/Studentin unter Einbeziehung des Personalrats unmittelbar vor Änderung von Arbeitsbedingungen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum, Stempel, Unterschrift: .....  
(Arbeitgeber/Prüfungsausschuss)

Beschäftigte/Studierende wurde über das Ergebnis am: \_\_\_\_\_ unterrichtet.

.....  
(Beschäftigte/Studierende)