

**Betriebsärztlicher Dienst****Checkliste für werdende und stillende Mütter**

Fragen	ja	nein
1. Liegt für Ihren Arbeitsbereich bereits eine erforderliche Gefährdungsbeurteilung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Müssen Sie schwere körperliche Arbeiten leisten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.1. Müssen Sie schwere Lasten (>5 kg) von Hand bewegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2. Ist Ihre Arbeit mit längerem Stehen verbunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3. Müssen Sie sich bei Ihrer Arbeit häufig strecken, beugen oder bücken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Arbeiten Sie mit gefährlichen Stoffen (z.B. Blei, Quecksilber, Kohlenmonoxid oder anderen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.1. Arbeiten Sie mit irreversibel schädigenden Stoffen (Kennz. R 39, R 68)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2. Arbeiten Sie mit krebserzeugenden Stoffen (Kennz. R 40, R 45, R 49)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3. Arbeiten Sie mit erbgutverändernden Stoffen (Kennz. R 46)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4. Arbeiten Sie mit fruchtschädigenden Stoffen (R 61, 63, 64)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5. Arbeiten Sie mit hautresorptiven Stoffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Besteht ein berufliches Infektionsrisiko?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Besteht ein erhöhtes Risiko eines Unfalls oder einer Berufskrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Arbeiten Sie in Bereichen ionisierender Strahlung (Kontrollbereichen) oder halten Sie sich dort gelegentlich auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind Sie bei Ihrer Arbeit Hitze, Kälte, Nässe, Überdruck, Erschütterungen oder Lärm ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sind Sie Staub, Gasen oder Dämpfen ausgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Werden Sie beruflich auf Fahrzeugen eingesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Müssen Sie Mehrarbeit, Nachtarbeit, Sonntagsarbeit oder Feiertagsarbeit leisten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sind bei Ihrer Tätigkeit sonstige Gefährdungen der Sicherheit und Gesundheit von Mutter und Kind ausgeschlossen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Gibt es einen Liegeraum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Forschungszentrum Jülich GmbH

in der Helmholtz-Gemeinschaft

Bitte in Druckschrift

(Name der Mitarbeiterin)

Tel.-Nr.

Bitte in Druckschrift

(Name der/des Vorgesetzten)

Tel.-Nr.

Bitte in Druckschrift

(Institut)

Bitte beachten:

Diese Checkliste bezieht sich auf die Tätigkeit, die während der Schwangerschaft ausgeübt werden soll. Anhand der Checkliste bescheinigt der Vorgesetzte als Verantwortlicher, dass der Arbeitsplatz der werdenden Mutter den Forderungen des Mutterschutzgesetzes und der Mütterarbeitsschutzverordnung entspricht. Zu diesen Forderungen gehört unbedingt eine Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes.

Beurteilung: (von der/dem Vorgesetzten vorzunehmen)

- Der Arbeitsplatz der werdenden oder stillenden Mutter entspricht den gesetzlichen Anforderungen. Eine Gefährdungsbeurteilung wurde auch durchgeführt.
- Eine Beratung ist nicht erforderlich.
- Wir bitten um Beratung.

Jülich, den _____

(Unterschrift der/des Vorgesetzten)

(Mit dieser Unterschrift bescheinige ich, dass eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wurde)

(Unterschrift der Mitarbeiterin)