

MUTTERSCHUTZ - MELDUNG

Klinik / Abteilung / Institut

vom:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name:	Vorname:	Geb.-Name:
Beruf:	Einsatzstelle bisher:	Geb.-Datum:
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

hat heute mitgeteilt, dass sie schwanger ist.

Voraussichtlicher Entbindungstermin:	Beginn der Mutterschutzfrist:
Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit (nicht vor 6.00 Uhr, nicht nach 20,00 Uhr):	
Beginn und Ende der Arbeitszeit an Wochenenden und gesetzlichen Wochenfeiertagen, wenn sie anders als an sonstigen Arbeitstagen sind. (Die Arbeitszeit von höchstens 90 Stunden in 2 Wochen darf nicht überschritten werden.):	
Ruhepausen (Dauer / Anzahl):	
Besteht Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen einschließlich infektiösem Material, Narkosegasen, Cytostatika - wenn ja, welche?	
Besteht Umgang mit ionisierenden Strahlen oder / und Isotopen (RöV und StrlSchV)?	
Art der Tätigkeit nach Meldung der Schwangerschaft?	
Einsatzort:	
Tätigkeit wird (zutreffendes ankreuzen)	
teilweise im Gehen ausgeführt	ständig im Gehen ausgeführt
teilweise im Stehen ausgeführt	ständig im Stehen ausgeführt
teilweise im Sitzen ausgeführt	ständig im Sitzen ausgeführt
Der Mutterpass hat mir vorgelegen; er stimmt mit diesen Angaben überein	
Datum	Unterschrift der Vorgesetzten / des Vorgesetzten
Ende der Mutterschutzfrist:	Mutterschutzurlaub von / bis:
Ausscheidung nach Mutterschutz / Mutterschutzurlaub am:	

Zum Verbleib beim Vorgesetzten

MUTTERSCHUTZ - MELDUNG

Klinik / Abteilung / Institut

vom:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name:	Vorname:	Geb.-Name:
Beruf:	Einsatzstelle bisher:	Geb.-Datum:
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

hat heute mitgeteilt, dass sie schwanger ist.

Voraussichtlicher Entbindungstermin:	Beginn der Mutterschutzfrist:
Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit (nicht vor 6.00 Uhr, nicht nach 20,00 Uhr):	
Beginn und Ende der Arbeitszeit an Wochenenden und gesetzlichen Wochenfeiertagen, wenn sie anders als an sonstigen Arbeitstagen sind. (Die Arbeitszeit von höchstens 90 Stunden in 2 Wochen darf nicht überschritten werden.):	
Ruhepausen (Dauer / Anzahl)	
Besteht Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen einschließlich infektiösem Material, Narkosegasen, Cytostatika - wenn ja, welche?	
Besteht Umgang mit ionisierenden Strahlen oder / und Isotopen (RöV und StrlSchV)?	
Art der Tätigkeit nach Meldung der Schwangerschaft?	
Einsatzort:	
Tätigkeit wird (zutreffendes ankreuzen)	
teilweise im Gehen ausgeführt	ständig im Gehen ausgeführt
teilweise im Stehen ausgeführt	ständig im Stehen ausgeführt
teilweise im Sitzen ausgeführt	ständig im Sitzen ausgeführt
Der Mutterpass hat mir vorgelegen; er stimmt mit diesen Angaben überein	
Datum	Unterschrift der Vorgesetzten / des Vorgesetzten
Ende der Mutterschutzfrist:	Mutterschutzurlaub von / bis:
Ausscheidung nach Mutterschutz / Mutterschutzurlaub am:	

D 01.2.2

MUTTERSCHUTZ - MELDUNG

Klinik / Abteilung / Institut

vom:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name:	Vorname:	Geb.-Name:
Beruf:	Einsatzstelle bisher:	Geb.-Datum:
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

hat heute mitgeteilt, dass sie schwanger ist.

Voraussichtlicher Entbindungstermin:	Beginn der Mutterschutzfrist:
Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit (nicht vor 6.00 Uhr, nicht nach 20,00 Uhr):	
Beginn und Ende der Arbeitszeit an Wochenenden und gesetzlichen Wochenfeiertagen, wenn sie anders als an sonstigen Arbeitstagen sind. (Die Arbeitszeit von höchstens 90 Stunden in 2 Wochen darf nicht überschritten werden.):	
Ruhepausen (Dauer / Anzahl)	
Besteht Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen einschließlich infektiösem Material, Narkosegasen, Cytostatika - wenn ja, welche?	
Besteht Umgang mit ionisierenden Strahlen oder / und Isotopen (RöV und StrlSchV)?	
Art der Tätigkeit nach Meldung der Schwangerschaft?	
Einsatzort:	
Tätigkeit wird (zutreffendes ankreuzen)	
teilweise im Gehen ausgeführt	ständig im Gehen ausgeführt
teilweise im Stehen ausgeführt	ständig im Stehen ausgeführt
teilweise im Sitzen ausgeführt	ständig im Sitzen ausgeführt
Der Mutterpass hat mir vorgelegen; er stimmt mit diesen Angaben überein	
Datum	Unterschrift der Vorgesetzten / des Vorgesetzten
Ende der Mutterschutzfrist:	Mutterschutzurlaub von / bis:
Ausscheidung nach Mutterschutz / Mutterschutzurlaub am:	

Pflegedirektion

MUTTERSCHUTZ - MELDUNG

Klinik / Abteilung / Institut

vom:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name:	Vorname:	Geb.-Name:
Beruf:	Einsatzstelle bisher:	Geb.-Datum:
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

hat heute mitgeteilt, dass sie schwanger ist.

Voraussichtlicher Entbindungstermin:	Beginn der Mutterschutzfrist:
Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit (nicht vor 6.00 Uhr, nicht nach 20,00 Uhr):	
Beginn und Ende der Arbeitszeit an Wochenenden und gesetzlichen Wochenfeiertagen, wenn sie anders als an sonstigen Arbeitstagen sind. (Die Arbeitszeit von höchstens 90 Stunden in 2 Wochen darf nicht überschritten werden.):	
Ruhepausen (Dauer / Anzahl)	
Besteht Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen einschließlich infektiösem Material, Narkosegasen, Cytostatika - wenn ja, welche?	
Besteht Umgang mit ionisierenden Strahlen oder / und Isotopen (RöV und StrlSchV)?	
Art der Tätigkeit nach Meldung der Schwangerschaft?	
Einsatzort:	
Tätigkeit wird (zutreffendes ankreuzen)	
teilweise im Gehen ausgeführt	ständig im Gehen ausgeführt
teilweise im Stehen ausgeführt	ständig im Stehen ausgeführt
teilweise im Sitzen ausgeführt	ständig im Sitzen ausgeführt
Der Mutterpass hat mir vorgelegen; er stimmt mit diesen Angaben überein	
Datum	Unterschrift der Vorgesetzten / des Vorgesetzten
Ende der Mutterschutzfrist:	Mutterschutzurlaub von / bis:
Ausscheidung nach Mutterschutz / Mutterschutzurlaub am:	

Betriebsärztlicher Dienst

MUTTERSCHUTZ - MELDUNG

Klinik / Abteilung / Institut

vom:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name:	Vorname:	Geb.-Name:
Beruf:	Einsatzstelle bisher:	Geb.-Datum:
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

hat heute mitgeteilt, dass sie schwanger ist.

Voraussichtlicher Entbindungstermin:	Beginn der Mutterschutzfrist:
Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit (nicht vor 6.00 Uhr, nicht nach 20,00 Uhr):	
Beginn und Ende der Arbeitszeit an Wochenenden und gesetzlichen Wochenfeiertagen, wenn sie anders als an sonstigen Arbeitstagen sind. (Die Arbeitszeit von höchstens 90 Stunden in 2 Wochen darf nicht überschritten werden.):	
Ruhepausen (Dauer / Anzahl)	
Besteht Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen einschließlich infektiösem Material, Narkosegasen, Cytostatika - wenn ja, welche?	
Besteht Umgang mit ionisierenden Strahlen oder / und Isotopen (RöV und StrlSchV)?	
Art der Tätigkeit nach Meldung der Schwangerschaft?	
Einsatzort:	
Tätigkeit wird (zutreffendes ankreuzen)	
teilweise im Gehen ausgeführt	ständig im Gehen ausgeführt
teilweise im Stehen ausgeführt	ständig im Stehen ausgeführt
teilweise im Sitzen ausgeführt	ständig im Sitzen ausgeführt
Der Mutterpass hat mir vorgelegen; er stimmt mit diesen Angaben überein	
Datum	Unterschrift der Vorgesetzten / des Vorgesetzten
Ende der Mutterschutzfrist:	Mutterschutzurlaub von / bis:
Ausscheidung nach Mutterschutz / Mutterschutzurlaub am:	

Gewerbeaufsichtsamt

MUTTERSCHUTZ - MELDUNG

Klinik / Abteilung / Institut

vom:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name:	Vorname:	Geb.-Name:
Beruf:	Einsatzstelle bisher:	Geb.-Datum:
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

hat heute mitgeteilt, dass sie schwanger ist.

Voraussichtlicher Entbindungstermin:	Beginn der Mutterschutzfrist:
Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit (nicht vor 6.00 Uhr, nicht nach 20,00 Uhr):	
Beginn und Ende der Arbeitszeit an Wochenenden und gesetzlichen Wochenfeiertagen, wenn sie anders als an sonstigen Arbeitstagen sind. (Die Arbeitszeit von höchstens 90 Stunden in 2 Wochen darf nicht überschritten werden.):	
Ruhepausen (Dauer / Anzahl)	
Besteht Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen einschließlich infektiösem Material, Narkosegasen, Cytostatika - wenn ja, welche?	
Besteht Umgang mit ionisierenden Strahlen oder / und Isotopen (RöV und StrlSchV)?	
Art der Tätigkeit nach Meldung der Schwangerschaft?	
Einsatzort:	
Tätigkeit wird (zutreffendes ankreuzen)	
teilweise im Gehen ausgeführt	ständig im Gehen ausgeführt
teilweise im Stehen ausgeführt	ständig im Stehen ausgeführt
teilweise im Sitzen ausgeführt	ständig im Sitzen ausgeführt
Der Mutterpass hat mir vorgelegen; er stimmt mit diesen Angaben überein	
Datum	Unterschrift der Vorgesetzten / des Vorgesetzten
Ende der Mutterschutzfrist:	Mutterschutzurlaub von / bis:
Ausscheidung nach Mutterschutz / Mutterschutzurlaub am:	

Personalrat

MUTTERSCHUTZ - MELDUNG

Klinik / Abteilung / Institut

vom:

--	--	--	--	--	--	--	--

Name:	Vorname:	Geb.-Name:
Beruf:	Einsatzstelle bisher:	Geb.-Datum:
Anschrift (Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort)		

hat heute mitgeteilt, dass sie schwanger ist.

Voraussichtlicher Entbindungstermin:	Beginn der Mutterschutzfrist:
Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit (nicht vor 6.00 Uhr, nicht nach 20,00 Uhr):	
Beginn und Ende der Arbeitszeit an Wochenenden und gesetzlichen Wochenfeiertagen, wenn sie anders als an sonstigen Arbeitstagen sind. (Die Arbeitszeit von höchstens 90 Stunden in 2 Wochen darf nicht überschritten werden.):	
Ruhepausen (Dauer / Anzahl)	
Besteht Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen einschließlich infektiösem Material, Narkosegasen, Cytostatika - wenn ja, welche?	
Besteht Umgang mit ionisierenden Strahlen oder / und Isotopen (RöV und StrlSchV)?	
Art der Tätigkeit nach Meldung der Schwangerschaft?	
Einsatzort:	
Tätigkeit wird (zutreffendes ankreuzen)	
teilweise im Gehen ausgeführt	ständig im Gehen ausgeführt
teilweise im Stehen ausgeführt	ständig im Stehen ausgeführt
teilweise im Sitzen ausgeführt	ständig im Sitzen ausgeführt
Der Mutterpass hat mir vorgelegen; er stimmt mit diesen Angaben überein	
Datum	Unterschrift der Vorgesetzten / des Vorgesetzten
Ende der Mutterschutzfrist:	Mutterschutzurlaub von / bis:
Ausscheidung nach Mutterschutz / Mutterschutzurlaub am:	

Personalsachgebiet