

Anlage 5**Checkliste zur Gefährdungsbeurteilung
im Bereich der öffentlichen Berliner Schule
bei der Beschäftigung werdender oder stillender Mütter**

nach der Verordnung zum Schutze der Mütter am Arbeitsplatz unter Berücksichtigung des Mutterschutzgesetzes/der Verordnung über den Mutterschutz für Beamtinnen des Landes Berlin und anderer Rechtsvorschriften

Schule:

Gefährdungsbeurteilung für Frau _____

1. Grunddaten

1.1 Die Beschäftigte ist tätig als _____

1.2 Rechtsverhältnis: Beamte
 Angestellte / Arbeiterin

1.3 Beschäftigungsumfang: Vollzeit mit _____ Std.
 Teilzeit mit _____ Std.

1.4 Zeitlicher Umfang der Unterrichtsstunden: ____ Std.

1.5 Unterrichtsfächer: 1. _____
2. _____
3. _____

1.6 Unterrichtsräume: Klassenraum R. _____

1.7 Pausenaufsicht: _____

2. Individuelles Beschäftigungsverbot

	Liegt z. Zt. ein ärztliches Zeugnis vor, wonach die Weiterbeschäftigung das Leben von Mutter und/oder Kind gefährdet?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.	Allgemeines	(pos.)	(neg.)
3.1.1	Beträgt die Arbeitszeit mehr als 8,5 Std. tgl. oder 90 Std. in der Doppelwoche?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
3.1.2	Wenn ja, liegt eine Ausnahmegenehmigung des LAGetSi vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.2.1	Wird die Schwangere in der Nachtzeit (20 – 6 Uhr), z. B. bei Klassenfahrten oder Elternabenden beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
3.2.2	Wenn ja, liegt eine Ausnahmegenehmigung des LAGetSi vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.3.1	Wird die Beschäftigte an Sonn- oder Feiertagen beschäftigt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
3.3.2	Wenn ja, liegt eine Ausnahmegenehmigung des LAGetSi vor?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.4.1	Wurde die Schwangere an den betriebsärztlichen Dienst verwiesen zur Feststellung des Antikörperschutzes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
3.4.2	Liegt eine abschließende Stellungnahme des betriebsärztlichen Dienstes zum Schutz der Schwangeren gegen Infektionskrankheiten vor? Beschäftigungseinschränkungen, -verbote:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.	Arbeitsplatz	(pos.)	(neg.)
4.1	Wird die werdende oder stillende Mutter mit Arbeiten beschäftigt, die häufiges erhebliches Strecken oder Beugen erfordern / dauerndes Hocken oder Bücken?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.2	Werden von ihr häufig Lasten von mehr als 5 kg oder gelegentlich mehr als 10 kg gehoben, getragen oder bewegt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.3	Muss die Schwangere bei Ihrer Arbeit ständig stehen? (ab dem 6. Schwangerschaftsmonat sind nur noch 4 Std. tgl. zulässig)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.4	Besteht für die Beschäftigte die Möglichkeit, sich unter geeigneten Bedingungen (nicht Lehrerzimmer o. Sekretariat) hinzulegen und auszuruhen / dort zu stillen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.5.1	Wird der stillenden Mutter auf Wunsch die zum Stillen erforderliche Zeit, mindestens zweimal täglich ½ Stunde oder einmal täglich 1 Stunde, gewährt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.5.2	Wird die Stillzeit vor- oder nachgearbeitet oder auf die festgesetzten Ruhepausen angerechnet?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.6	Führt die Schwangere oder Stillende Tätigkeiten aus, die mit einer erhöhten Unfallgefahr einhergehen? (z. B. Pausenaufsicht, Sport- und Schwimmunterricht)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.7.1	Hat die Beschäftigte Kontakt mit sehr giftigen, giftigen, gesundheitsschädlichen oder in sonstiger Weise den Menschen chronisch schädigenden Gefahrstoffen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.7.2	Wenn ja (Kontakt), ist der Grenzwert überschritten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.7.3	Wenn ja (Kontakt), besteht unmittelbarer Hautkontakt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.8.1	Arbeitet die werdende Mutter mit / befinden sich im Arbeitsumfeld krebserzeugende, fruchtschädigende oder erbgutverändernde Ge-	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

	fahrstoffe?		
4.8.2	Wenn ja, ist ausgeschlossen, dass bei bestimmungsgemäßem Umgang ein Kontakt mit den Gefahrstoffen möglich ist?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.8.3	Arbeitet die stillende Mutter mit / befinden sich im Arbeitsumfeld krebserzeugende, fruchtschädigende oder erbgutverändernde Gefahrstoffe?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.8.4	Wenn ja, ist der Grenzwert überschritten?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.9	Liegt eine erhöhte Wahrscheinlichkeit des ungeschützten direkten Kontakts mit potentiell infektiösem Material wie z. B. Blut und Körpersekrete (Urin, Stuhl, Speichel) vor?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.10.1	Arbeitet die Beschäftigte - in Lärmbereichen?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.10.2	- unter Einwirkung von Stößen / Erschütterungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.10.3	- in Hitze- oder Kältebereichen, bei Nässe?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.10.4	- mit ionisierender Strahlung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.10.5	- mit nicht ionisierender Strahlung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
4.12.1	Die Unterrichtstätigkeit ab dem 6. Schwangerschaftsmonat beträgt maximal 4 Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
4.12.2	Wenn nein, wird ein Teil des Unterrichts im Sitzen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
5.	Bemerkungen oder ggf. weitere Gefährdungsfaktoren		
5.1	Stellungnahme des betriebsärztlichen Dienstes: Datum _____ Unterschrift _____		
5.2			
5.3			
6.	Ergebnis der Arbeitsplatzbeurteilung	(pos.)	(neg.)
	Die werdende/stillende Mutter ist einer Gefährdung am Arbeitsplatz ausgesetzt. Wurde nein angekreuzt, sind keine weiteren Maßnahmen erforderlich	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
7.	Festgelegte Arbeitsschutzmaßnahmen	(pos.)	(neg.)
7.1	Änderung der Arbeitsbedingungen: veranlasst am _____	<input type="checkbox"/>	

