

Gefährdungsbeurteilung*

Betriebliches Beschäftigungsverbot für werdende Mütter

Betriebsnummer: _____

Name der Beschäftigten: _____

RVNr.: _____

Beschäftigt seit/als: _____

Mutmaßlicher Entbindungstag: _____ mitgeteilt an Arbeitgeber am:

Beschäftigungsverbot gilt ab: _____

voll teilweise für __ Stunden (tägliche Arbeitszeit: __ Stunden)

wegen

gesundheitsgefährdenden Stoffen, Dämpfen, Hitze, Kälte, Nässe, Erschütterungen, Lärm

häufiges Beugen und Strecken sowie regelmäßiges Heben von Lasten

Akkord- und Fließbandarbeit

ab 3. Schwangerschaftsmonat: keine Arbeit in Beförderungsmitteln aller Art

ab 5. Schwangerschaftsmonat: häufiges Stehen

 Eine Umbesetzung innerhalb des Hauses ist nicht oder nur teilweise möglich.

Entsprechende Nachweise wie Gehaltsabrechnungen und Zahlungsnachweise über die erbrachten Leistungen sind der Novitas BKK auf Verlangen einzureichen.

Ort, Datum

Unterschrift Beschäftigte

Ort, Datum

Unterschrift /Firmenstempel

*Dieses Dokument ist Grundlage für die U2-Erstattungen nach dem Arbeitgebereinsatzausgleichsgesetz (AAG)