

Humboldt-Universität zu Berlin

Studienabteilung, Ref. Studierendenservice, IB

-persönlich/ vertraulich-
Unter den Linden 6
10099 Berlin

Institut:	Eingang:
	Ausgang:
Studienabteilung:	Eingang:
	Ausgang:
Betriebsärztlicher Dienst:	Eingang:
	Ausgang:

<input type="checkbox"/>
Landesamt für Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und technische Sicherheit Berlin Referat IIID, Frau Friedrich Turmstr. 21 10559 Berlin

<input type="checkbox"/>
Arbeitsmedizinisches Zentrum der Charité Betriebsärztlicher Dienst

Benachrichtigung nach den §§ 14, 15 des Gesetzes zur Neuregelung des Mutterschutz-
rechts (MuSchG) vom 23. Mai 2017

Name:	Vorname:	geb. am:
wohnhaft: Tel.Nr.:		
Mutmaßlicher Tag der Entbindung:	Eingang Schwangerschaftsanzeige:	
Genauere Bezeichnung und Lage der Ausbildungsstelle (Adresse, Institut):		
Tel.Nr.(tagsüber):	E-Mail-Adresse:	
Studiengang:	Fachsemester:	Voraussichtliche Beurlaubung: SoSe / WiSe
Arbeits- bzw. Studienzzeit an der Hochschule (Pflicht- und Wahlpflichtlehrveranstaltungen):		
wöchentlich durchschnittlich: Std.		täglich durchschnittlich: Std.
Andere Tätigkeiten vor Bekanntwerden der Schwangerschaft (außer Studium):		

Gefährdungen	vor Bekanntwerden der Schwangerschaft		nach Bekanntwerden der Schwangerschaft	
	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lärmgefährdung (Beurteilungspegel über 85 dB [A]), Kälte, Hitze, Nässe, Erschütterungen, Vibrationen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Heben, Tragen und Bewegen von Lasten; wenn häufig über 5kg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Heben, Tragen und Bewegen von Lasten; wenn gelegentlich über 10kg	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
erhöhte Unfallgefährdung (Sturz von Leitern, ausgleiten, fallen, abstürzen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
häufiges oder erhebliches Strecken, Beugen, Hocken oder Bücken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
bewegungsarmes, ständiges Stehen (über 4 Stunden täglich)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeiten unter Zeitdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gefährdung durch ionisierende und nicht ionisierende Strahlung (Arbeiten im Bereich eines Röntgenstrahlers, Radioaktivität)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
belastendes Tragen einer Schutzausrüstung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Staub	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gase/Dämpfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Leistungsstraining	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Umgang mit				
stechenden, schneidenden Gegenständen, Verletzungsgefahr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blut, Blutprodukten und/oder anderen potentiellen infektiösen Körperflüssigkeiten (Rötelnvirus)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
menschlichen Ausscheidungen/ frischem Gewebe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
krebserzeugenden, erbgutverändernden, fruchtschädigenden sowie toxischen Gefahrenstoffen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gefahrenstoffen, z.B. Formaldehyd, Ethylenoxid, Lösemittel, Narkosegase, Zytostatika	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Biostoffen der Risikogruppen 2-4 der BiostoffVO 2013	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Arbeiten in Räumen mit Überdruck (§ 2 DruckluftVO) und sauerstoffreduzierter Atmosphäre	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Geräten mit hoher Fußbeanspruchung (Gefahr der Erhöhung des Drucks im Bauchraum)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Umgang mit Kindern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hoher Studienaufwand (> 8 ½ h täglich)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besuch von Lehrveranstaltungen (nach 20:00 h oder vor 6:00 h)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besuch von Lehrveranstaltungen an Sonntagen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Exkursionen unter nicht einfachen Reisebedingungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Kann die Studierende weiterhin an allen Lehrveranstaltungen teilnehmen? Wenn nicht, an welchen nicht?		
---	--	--

_____ Tel.: 2093 - _____
 Hier ggf. Modulverantwortliche/r
 Unterschrift/Datum

_____ Tel.: _____
 Studienfachberatung im Institut
 Unterschrift/Datum