

B. Ergänzende Angaben

1. Tätigkeit / Beschäftigung	
1.1 Tätigkeit der schwangeren/stillenden Frau	
1.2 Beschäftigungsort / Ausbildungsort (wenn abweichend von der angegebenen Anschrift)	

2. Arbeitszeit nach Bekanntgabe der Schwangerschaft / des Stillens			
0 D [Wägliche Arbeitszeit	Std.	Arbeitszeit Y R Q 8 K U E L V E H L M D \$ Q W U D J D X I \$ X V Q P K P H J H Q H K I P L J Q J Q D F K † † R G H U 0 X 6 F K * H U I R U G H U O L F K	8 K U ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wöchentliche Arbeitszeit	Std.	Arbeitszeit an Sonn- und Feiertagen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

3. Beurteilung der Arbeitsbedingungen, Schutzmaßnahmen (§ 10 MuSchG)

Für jede Tätigkeit der schwangeren/stillenden) U D Zürden die Arbeitsbedingungen beurteilt M D nein

Wenn ja

- eine Gefährdung liegt nicht vor, die Tätigkeiten können unverändert ausgeführt werden oder
- Eine Gefährdung liegt vor, folgende Schutzmaßnahmen wurden getroffen:
- Umgestaltung der Arbeitsbedingung H Q
 - Umsetzung auf einen anderen geeigneten Arbeitsplatz
Neue Tätigkeit:
 - Teilweise Freistellung von der Arbeit – teilweises Beschäftigungsverbot
(z.B. Umgestaltung der Arbeitsbedingungen ist nur für einen Teil der gefährdenden Tätigkeiten möglich)
 - Vollständige Freistellung von der Arbeit – vollständiges Beschäftigungsverbot
(Umgestaltung oder Arbeitsplatzwechsel sind nachweislich unzumutbar)
- Es besteht ein ärztliches Beschäftigungsverbot gemäß § 16 MuSchG

.....
Datum

.....
Unterschrift / Stempel des Arbeitgebers