**Mutterschutz Arbeitsplatzbeurteilung**

|  |
| --- |
| **Betrieb:**.............................................................................................................................................. |
| **Fachbereich:**………………………………………...…………………………………………...… | **Funktion:**………………………………………………………………………………………… |
| **Mitarbeiterin:** (Vorname / Name)............................................................... | **Arbeitspensum:** ……...………………… % |

#### Die Funktion ist unter Einhaltung der vorgesehenen Schutzmassnahmen für die Mitarbeiterin geeignet:

| *Fragekriterium* | *ja nein na* | *Bemerkung, Schutzmassnahmen* |
| --- | --- | --- |
| 1. **Arbeits- und Ruhezeiten**
 |
| Wird eine maximale Arbeitszeit pro Tag von 9 Stunden eingehalten?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Wird Schichtarbeit mit regelmässiger Rückwärtsrotation vermieden?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Wird maximal 3 Nachtschichten in Folge gearbeitet? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Wird das Beschäftigungsverbot zwischen 20:00 Uhr bis 06:00 Uhr ab dem Zeitpunkt 8 Wochen vor Geburt eingehalten?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Arbeitsorganisation**
 |
| Kann die Mitarbeiterin den Arbeitsrhythmus bei Akkord oder taktgebundenen Arbeiten selbst beeinflussen?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Wird die Mitarbeiterin im Bedarfsfall von Arbeiten befreit, die sie als beschwerlich einstuft oder empfindet?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Besteht eine Liegemöglichkeit in einem geeigneten ruhigen Raum?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Bekommt die Mitarbeiterin Zeit zum Stillen oder Abpumpen der Milch in einem geeigneten Raum?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Heben, Tragen und Bewegen**
 |
| Werden die Gewichtslimiten eingehalten? vom 1. bis 6. Schwangerschaftsmonat 10 kg gelegentlich oder 5 kg regelmässig; vom 7. Schwangerschaftsmonat an maximal 5 kg | [ ]  [ ]  [ ]  | Selbstverantwortung ist wahrzunehmen Kein Heben und Tragen von grossen Lasten |
| 1. **Kälte, Hitze oder starke Nässe**
 |
| Wird das Verbot von Arbeiten bei Temperaturen unter -5°C eingehalten? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Wird bei Temperaturen unter 10°C der thermischen Situation und der Tätigkeit angepasste Kleidung bereitgestellt?  | [ ]  [ ]  [ ]  | Thermowäsche wird zur Verfügung gestellt |
| Werden bei Temperaturen unter 15°C warme Getränke bereitgestellt? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Werden anstrengende Tätigkeiten, insbesondere bei Hitze (> 24°C) vermieden, und sind Arbeiten bei über 28°C nicht erlaubt?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Werden Arbeiten mit starker Nässe vermieden? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Wird bei Arbeiten bei starker Nässe oder erschwerenden Klimabedingungen, vorgängig das Raumklima hinsichtlich Luftfeuchtigkeit, Luftgeschwindigkeit und Expositionsdauer beurteilt? | [ ]  [ ]  [ ]  | Bei entsprechend exponierten Arbeitsplätzen (z.B. Zugluft bei Temperaturen unter 18° C) werden folgende mögliche Massnahmen eingeleitet:* Thermowäsche wird zur Verfügung gestellt
* Versetzung in einen anderen Arbeitsbereich
* Falls keine Alternativen teilweise Freistellung
 |
| 1. **Arbeiten mit erhöhten Sturzrisiken**
 |
| Kein Arbeiten mit Rutsch- oder Stolpergefahr (rutschige oder schlechte Böden, Hindernisse etc.) | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Kein Arbeiten mit erhöhtem Absturzrisiko (Kein Arbeiten auf Leitern in über 1m Höhe oder im Bereich von Absturzgefahren) | [ ]  [ ]  [ ]  | Keine Arbeit in absturzgefährdeten Bereichen |
| 1. **Stösse, Erschütterungen und Vibrationen**
 |
| Werden Tätigkeiten mit erhöhtem Risiko von Stössen wirkungsvoll vermieden?  | [ ]  [ ]  [ ]  | Kein Einsatz in Bereichen mit wahrscheinlichen Konfrontationen |
| Werden keine Arbeiten mit starken Vibrationen und Erschütterungen ausgeführt?  | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Bewegungen und Körperhaltungen, die zu vorzeitiger Ermüdung führen**
 |
| Werden keine Tätigkeiten ausgeführt, die durch ihre Bewegungen oder Körperhaltungen zu vorzeitiger Ermüdung führen?  | [ ]  [ ]  [ ]  | Bei Bedarf häufigere kurze bezahlte Pausen (alle 2 Stunden, 10 Minuten)Keine Arbeiten in dauernd gebückter oder gestreckter Haltung, keine Arbeiten in langandauernder fixierter KörperhaltungSelbstverantwortung ist wahrzunehmen  |
| Werden die Regeln zur stehenden Arbeit eingehalten? ab 4. Monat: tägliche Ruhezeit 12 Stunden und Zusatzpausen von 10 Minuten alle 2 Stunden; ab 6. Monat: maximale Beschäftigungsdauer stehend 4 Stunden pro Tag | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Physikalische Risiken (Lärm, Strahlung, Druck)**
 |
| Werden kein Arbeiten ab einem Schalldruckpegel von 85 dB(A) (Leq 8 Std.) durchgeführt? | [ ]  [ ]  [ ]  | Keine Beschäftigung in Bereichen mit Gehörschutzpflicht |
| Werden die Äquivalentdosen gemäss Strahlenschutzverordnung (Art. 36 Abs. 2 und 3) eingehalten? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Werden die Grenzwerte für nichtionisierende Strahlung (Mutterschutzverordnung Anhang 1) eingehalten? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Sind Arbeiten im Überdruck verboten? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Chemische Risiken**
 |
| Kommen keine Arbeiten mit Stoffen mit Gefahrenhinweisen H340, H341, H350, H351, H360, H361, H362, H370, H371 vor? | [ ]  [ ]  [ ]  | Nur Verwendung von freigegebenen Arbeitsstoffen und Reinigungsmitteln. Sämtliche Stoffe sind auf die kritischen H-Sätze zu überprüfen.Vorgeschriebene Schutz- und Hygienemassnahmen sind einzuhalten. |
| Kommen keine Arbeiten mit Kohlenmonoxid (CO), Quecksilber und Quecksilberverbindungen vor? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Kommen keine Arbeiten vor in Bereichen, in denen gefährliche Insektizide, Fungizide oder Pestizide eingesetzt werden? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Kommt kein langdauerndes Tragen von Atemschutzmasken vor? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| Kommt kein Betreten von Räumlichkeiten mit sauerstoffreduzierter Atmosphäre vor? | [ ]  [ ]  [ ]  |  |
| 1. **Biologische Risiken**
 |
| Kommt kein gefährlicher Kontakt gegenüber Mikroorganismen der Gruppen 2-4 gemäss SAMV vor? | [ ]  [ ]  [ ]  | Vorgeschriebene Schutz- und Hygienemassnahmen sind einzuhalten.  |

|  |
| --- |
| Mit ihrer Unterschrift bestätigen die beteiligten Personen die Kenntnisnahme der Mutterschutz Risikobeurteilung und deren Richtigkeit. Die Mitarbeiterin und ihre Vorgesetzten verpflichten sich die notwendigen Schutzmassnahmen einzuhalten.  |
| **Mitarbeiterin** (Vorname / Name): ............................................................... | Datum: ...................................................Unterschrift: ................................................... |
| **Vorgesetzter** (Vorname / Name): ...............................................................Tel: ........................................................Mail: ...................................................... | Datum: ...................................................Unterschrift: ................................................... |
| **\* Zugezogene Fachperson** (Vorname / Name): ...............................................................Qualifikation: .........................................Tel: ........................................................Mail: ...................................................... | Datum: ...................................................Unterschrift: ................................................... |

\* Bei Unklarheiten ist eine geeignete Fachperson (Arbeitsmediziner/ Arbeitshygieniker) beizuziehen.

**Eignungsbeurteilung der behandelnden Ärztin / des behandelnden Arztes**

|  |
| --- |
| **Das Ergebnis der Beurteilung lautet: (Zutreffendes ankreuzen)** |
| [ ]  | Die Beschäftigung am betreffenden Arbeitsplatz ist bei Einhaltung der Schutzmassnahmen gemäss Risikobeurteilung möglich |
| [ ]   | Die Beschäftigung am betreffenden Arbeitsplatz ist nicht möglich |
| [ ]   | Neubeurteilung in Wochen |
| Berechneter Geburtstermin: |  |
| Ärztin/Arzt | Stempel: | Unterschrift: |
|  |  | Datum: |