**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 Körperhaltung  Selbstverantwortung 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: |