CHARITÉ

ARBEITSMEDIZINISCHES ZENTRUM
Leitung H. Bias

Anlage zur Gefährdungsbeurteilung

ARBEITSMEDIZINISCHE EMPFEHLUNG FÜR DEN ARBEITGEBER

Frau
Name: _____ Vorname: _____ geboren am: _____

tätig als _____

Einrichtung/Adresse:

_____

beruflicher Umgang mit Kindern/Jugendlichen im Alter von _____ bis _____ Jahren

hat sich am _____ aufgrund einer bestehenden Schwangerschaft bei mir vorgestellt.

Dabei wurde der Immunstatus gegenüber den schwangerschaftsrelevanten Infektionserkrankungen überprüft.
Die werdende Mutter wurde zu diesen Infektionskrankheiten und den sich daraus ergebenden medizinischen Konsequenzen eingehend informiert und beraten.

Im Ergebnis empfehle ich,

☐ dass die werdende Mutter an ihrem Arbeitsplatz verbleibt.

☐ dass sie folgende Tätigkeiten **nicht ausübt**

- ☐ Umgang mit Kindern und Jugendlichen
- ☐ Umgang mit Kindern bis zum 3. Geburtstag
- ☐ Umgang mit Kindern bis zum 6. Geburtstag
- ☐ Umgang mit Kindern bis zum 10. Geburtstag

☐ die o.g. Einschränkung/-en gilt/gelten:

- ☐ für die gesamte Schwangerschaft
- ☐ bis zur vollendeten 20. Schwangerschaftswoche

☒ ein befristetes Beschäftigungsverbot **bei Ausbruch** von folgenden Erkrankungen bis zum angegebenen Tag **nach dem letzten Erkrankungsfall:**

1.	Scharlach	bis zum 3. Tag
2.	Virusgrippe/Influenza bei regionalen Epidemien größeren Ausmaßes	bis zum 10. Tag
3.	Pertussis	bis zum 20. Tag
4.	_____	bis zum ____ Tag

☒ **Während der Corona-Pandemie wird ein Einsatz in Präsenztätigkeit grundsätzlich nicht empfohlen.**

Andere Tätigkeitseinschränkungen bleiben hiervon unberührt
(siehe das Ergebnis der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 10 Mutterschutzgesetz in Verbindung mit § 5 Arbeitsschutzgesetz).

Besondere Hinweise:

Keine Tätigkeiten mit der Möglichkeit von Blutkontakt.

_____
Datum, Name und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

BEURTEILUNG DER IMMUNITÄTSLAGE DER WERDENDEN MUTTER BEIM BERUFLICHEN UMGANG MIT KINDERN UND JUGENDLICHEN

Bei Frau

, , geb.

liegt ein sicherer Antikörper- bzw. Impfschutz (dokumentiert!) gegen folgende Infektionserkrankungen vor:

1. Röteln (Übertrag aus dem Mutterpass, **sicherer** Antikörperschutz muss bestehen) ☐ ja ☐ nein
2. Windpocken (nach zwei Impfungen keine Titer-Bestimmung erforderlich) ☐ ja ☐ nein
3. Masern (nach zwei Impfungen keine Titer-Bestimmung erforderlich) ☐ ja ☐ nein
4. Mumps (nach zwei Impfungen keine Titer-Bestimmung erforderlich) ☐ ja ☐ nein
5. Ringelröteln ☐ ja ☐ nein
6. ggf. Zytomegalie ☐ ja ☐ nein
7. ggf. Hepatitis A ☐ ja ☐ nein
8. Pertussis (nach einer Impfung in den letzten 10 Jahren keine Titer-Bestimmung erforderlich) ☐ ja ☐ nein
9. Aktuelle Grippe-Impfung erhalten ☐ ja ☐ nein

Aufgrund der oben erhobenen Befunde wird folgende Empfehlung zur Beschäftigung der werdenden Mutter ausgesprochen (*siehe Kopie der Mitteilung an den Arbeitgeber*)**:**

Die werdende Mutter wurde zu allen relevanten Infektionskrankheiten (*insbesondere der Zytomegalie*) und den sich daraus ergebenden Konsequenzen eingehend informiert und beraten.

Mitteilung an den Arbeitgeber (*Anlage zur Gefährdungsbeurteilung*) abgeschickt am: _____

_____

Datum, Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Dr. Thorsten Onno Bender

Arzt im AMZ