

## Information der/des (Betriebs-) Ärztin/Arztes an den Arbeitgeber

Ärztliche Stellungnahme zur Frage der Möglichkeit der Weiterbeschäftigung  
einer schwangeren Frau beim beruflichen Umgang mit Kindern und  
Jugendlichen



Name und Anschrift des Arbeitgebers

Name und Anschrift der/des (Betriebs-) Ärztin/Arztes

Aufgrund der (betriebs-) ärztlichen Untersuchung

von Frau (Name, Anschrift, Geburtsdatum)

---

---

---

bestehen gegen eine Weiterbeschäftigung **keine** Bedenken.

empfehle ich ein Beschäftigungsverbot für folgende Tätigkeiten:

Zeitraum/bis zum

<hr/>	<hr/>

empfehle ich ein Beschäftigungsverbot für alle Tätigkeiten.

Die erforderlichen Schutzmaßnahmen und die sich daraus ergebenden betrieblichen Anweisungen sind **unverzüglich** zu treffen.

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

Datum, Unterschrift (Betriebs-) Ärztin/Arzt