

**Fragebogen zum beruflichen Einsatz
von schwangeren / stillenden Lehrerinnen**



Bitte vorab faxen an:

B.A.D Münster: 0251 6189360

B.A.D Gelsenkirchen: 0209 9592332

(Grundlage: Hinweise und Handlungsempfehlungen zum Mutterschutz bei schwangeren Lehrerinnen des MSW des Landes Nordrhein-Westfalen vom November 2007)

Schule:

Anschrift der Schule: Straße:.....

PLZ, Ort:.....

Tel: **Fax:**

Schulform:
(Bitte bei Förderschulen auch den Förderschwerpunkt nennen)

zuständige Schulaufsicht

Schwangere / Stillende: **Lehrerin** **Lehramtsanwärterin**

Vorname: **Name:**

Geb.-Datum: **Aktuelle SS-Woche:** **Beginn Schutzfrist:**.....

Anschrift: Straße:.....

PLZ, Ort:.....

Tel: **Mobil:**

Sonstige Angaben zur Schule:

**Alter der Kinder, mit denen die Lehrkraft beruflichen Umgang hat
(Denken Sie bitte auch an Einschulung jüngerer Kinder, Frühförderung,
Testverfahren in KiGä, Begleitung von Schülerpraktika usw.):**

vonbis.....Jahre

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Anreichen von Nahrungsmitteln? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Engerer / pflegerischer Kontakt vorhanden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Umgang mit Blut / Urin / Kot? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

**Besondere Infektionsgefährdung durch Umgang mit aggressiven oder
verhaltensauffälligen, kranken oder behinderten Kindern?**

.....

**Sind Erkrankungen (Röteln, Masern, Mumps, Windpocken, Zytomegalie,
Ringelröteln, Hepatitis A, Hepatitis B, Scharlach, Keuchhusten oder (echte)
Grippe) z. Zt. an der Schule bekannt?** ja nein

welche:.....

Name der Schulleiterin, des Schulleiters:

Datum: **Unterschrift:**