

Mitteilung einer Schwangerschaft und Erklärung für die Zeit der gesetzlichen Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz (MuSchG)

Letzter Stand: 09.07.2021

Name: _____

Vorname: _____

E-Mail: _____

Mitteilung

Schwangerschaft voraussichtlicher Tag der Entbindung: _____

Stillzeit

Name Klassenprofessorin/Klassenprofessor: _____

Damit die HFBK Gefährdungen feststellen bzw. beurteilen und Schutzmaßnahmen einleiten kann, werden Ihre Klassenprofessorin bzw. Ihr Klassenprofessor sowie die Werkstattleiterinnen und Werkstattleiter, deren Werkstatt/Werkstätten Sie angeben, in der Zeit Ihrer Schwangerschaft/Stillzeit zu nutzen, über Ihre Schwangerschaft/Stillzeit und über das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung informiert.

Für die Nutzung des Mutter-Kind-Raumes (K18 Gebäude Le) erkläre ich mich einverstanden, dass Frau Prof. Dr. Anja Steidinger von meiner Schwangerschaft/Stillzeit in Kenntnis gesetzt wird. Diese Einwilligung ist freiwillig und kann jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

ja

nein

Die HFBK empfiehlt Ihnen, ggf. auch andere Lehrpersonen, deren Veranstaltungen Sie besuchen, über Ihre Schwangerschaft/Stillzeit zu informieren.

Einwilligung zur Teilnahme am Studienbetrieb

Ich erkläre mich ausdrücklich dazu bereit, während der gesetzlichen Mutterschutzfristen

6 Wochen **vor** der Entbindung oder

8 Wochen **nach** der Entbindung oder

6 Wochen **vor** und 8 Wochen **nach** dem Entbindungstermin teilzunehmen.

Verzichtserklärung zum gesetzlichen Mutterschutz

Ich erkläre während der Schwangerschaft und Stillzeit die

- Teilnahme am Studienbetrieb **bis 22 Uhr** und/oder
- Teilnahme am Studienbetrieb an **Sonn- und Feiertagen**

Hinweise: Bei Frühgeburten, bei Mehrlingsgeburten und wenn vor Ablauf von acht Wochen nach der Entbindung bei dem Kind eine Behinderung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Neunten Buches Sozialgesetz-buch ärztlich festgestellt wird, beträgt die Schutzfrist nach der Entbindung zwölf Wochen. Falls entweder im Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung nach § 10 MuSchG oder einem ärztlichen Zeugnis nach § 16 MuSchG ein ganz oder teilweises Studierverbot feststehen sollte, welches dieser Erklärung entgegenstehen würde, ist diese Erklärung im Sinne des gesetzlichen Schutzvorranges für Sie und /oder Ihr Kind unwirksam. Diese Erklärung können Sie jederzeit schriftlich für die Zukunft widerrufen.

Hamburg, den _____

Unterschrift: _____