

Mitteilung eines befristeten Beschäftigungsverbotes nach § 4 MuSchG

aufgrund des Auftretens einer Infektionskrankheit an der Schule und einer arbeitsmedizinischen Bescheinigung

| | |
|--|--------------------------------|
| An die zuständige Personalverwaltung des LaSuB, Standort | Anschrift der Schule (Stempel) |
|--|--------------------------------|

I. Angaben zur werdenden Mutter

Vorname _____
Name, Geburtsname _____
Geburtsdatum _____
Personalnummer _____
Stammschule _____
Abordnungsschule _____

II. Angaben zum Beschäftigungsverbot

Nach Prüfung welche Tätigkeiten in welchem Umfang ggf. weiter durchgeführt werden könnten inkl. der Prüfung der Änderung von Arbeitsabläufen bzw. Umgestaltung des Arbeitsplatzes, muss auf Grund der aufgetretenen Infektionskrankheit, der vorliegenden arbeitsmedizinischen Bescheinigung und der Handlungsanleitung des arbeitsmedizinischen Dienstes zur Bestimmung des Arbeitsanfanges bei Auftreten von Infektionskrankheiten folgendes befristetes Beschäftigungsverbot ausgesprochen werden:

| | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Erstmitteilung zum Beschäftigungsverbot | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Folgemitteilung zum Beschäftigungsverbot | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

| | Infektionskrankheit | Ausbruch bzw. Bekanntwerden des relevanten Erkrankungsfalls an der Schule [Datum: tt.mm.jjjj] | Beginn des Beschäftigungsverbotes [Datum: tt.mm.jjjj] | Ende des Beschäftigungsverbotes [Datum: tt.mm.jjjj] | Bemerkung |
|--------------------------|---------------------|--|--|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Röteln | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Ringelröteln | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Masern | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Mumps | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Windpocken | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis A | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Hepatitis B | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Scharlach | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Keuchhusten | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Virusgrippe | | | | |

Ort, Datum _____

Unterschrift Schulleiter/in _____