
(Name und Anschrift des Arztes)

ATTEST
zur Vorlage beim Arbeitgeber

Für Frau _____ geb. am _____

voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

spreche ich gemäß § 3 Abs. 1 Mutterschutzgesetz mit Wirkung vom _____

ein **individuelles Beschäftigungsverbot** aus, da Leben oder Gesundheit von Mutter
oder Kind bei Fortdauer der Beschäftigung gefährdet ist.

Das Beschäftigungsverbot gilt voraussichtlich bis zum _____

Das Beschäftigungsverbot bezieht sich auf

- jede Tätigkeit
- jede Tätigkeit von mehr als _____ Stunden pro Tag
- folgende Tätigkeiten

- folgende Belastungen

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes