

## **Ärztliches 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