

An die
Hochschule Bremen
Dezernat 3
Frau Christiane Krebs
Neustadtswall 30
28199 Bremen

Meldung einer Schwangerschaft / Stillzeit

Bitte **lesbar** in Druckschrift oder am PC ausfüllen!

Studiengang _____

Matrikel-Nr. _____

Nachname _____

Vorname _____

Postzusatz (c/o) _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

E-Mail-Adresse _____@stud.hs-bremen.de

Ich befinde mich zurzeit im _____ Studiensemester

errechneter Entbindungstermin ist der _____

Schutzfrist ab _____

Hinweise:

Laut § 10 Mutterschutzgesetz muss für das Studium während der Schwangerschaft / Stillzeit eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt werden. Mit der Mitteilung Ihrer Schwangerschaft sind Sie verpflichtet, an der Ermittlung der Gefährdungen und möglicher Schutzmaßnahmen mitzuwirken.

Die Hochschule wird zur Wahrung ihrer Mitteilungspflicht gem. § 27 Abs. 1 MuSchuG dem Gewerbeaufsichtsamt des Landes Bremen die zwingend erforderlichen Informationen übermitteln. Ebenfalls werden innerhalb der Hochschule zur Sicherung der Schutzpflichten weitere Bereiche informiert.

Wenn Sie in der **Schutzfrist (6 Wochen** vor dem errechneten Entbindungstermin bis i.d.R. **8 Wochen** nach Entbindung) an Lehrveranstaltungen und Prüfungen teilnehmen möchten, müssen Sie dies schriftlich gegenüber der Hochschule erklären (Verzichtserklärung).

Weitere Informationen und Beratungen erhalten Sie auch beim [Familienbüro](#) der Hochschule Bremen.

Nachweis über die Schwangerschaft (z.B. Kopie des Mutterpasses) / Geburtsurkunde ist beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift Studentin