

Praxis (vollständige Adresse und Telefon)

**Antrag auf Ausgleichszahlung gemäß § 10 Lohnfortzahlungsgesetz;
Beschäftigungsfreistellung für eine angestellte schwangere Mitarbeiterin**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die im meiner Praxis beschäftigte Mitarbeiterin (Zahnmedizinische Fachangestellte, Zahnmedizinische Fachassistentin, Zahnmedizinische Verwaltungsassistentin, Auszubildende), Frau _____, ist schwanger.

Die Bescheinigung des Gynäkologen füge ich in der Anlage bei. Die Schwangerschaft wurde mit Schreiben vom _____ dem Landesamt für Umwelt- und Arbeitsschutz, gemeldet. Eine Kopie dieses Schreibens ist ebenfalls in der Anlage beigefügt.

Die Tätigkeit von Frau _____ ist mit einem Risiko für die werdende Mutter und das ungeborene Kind verbunden. Eine Umsetzung auf einen Arbeitsplatz, an dem eine Verletzungs- und damit eine Infektionsgefährdung ausgeschlossen ist, kann aus betrieblichen Gründen nicht erfolgen. Entsprechend der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist Frau _____ von jeder weiteren Beschäftigung freizustellen.

Frau _____ erhielt in den letzten drei Monaten ein Bruttogehalt einschließlich der Sozialversicherungsbeiträge (Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteile) in Höhe von _____ €.

Hiermit beantrage ich die Ausgleichszahlung gemäß § 10 Lohnfortzahlungsgesetz.

Mit freundlichen Grüßen

Anlagen:

Bescheinigung des Gynäkologen

Kopie Schreiben an das Landesamt für Umwelt und Arbeitsschutz