Anlage 3a

Hinweis: grau hinterlegte Felder sind von der Behörde auszufüllen.

Behörde

Statistik-Code: ____ ____ ____ ____ ____ / ____ ____ ____ ____ / ____ ____ ____ ____ ____

Code der zuständigen Standesamtsgemeinde / Jahr der Eintragung ins ZPR / eindeutige Laufnummer pro Behörde und Kalenderjahr

Angaben der Hebamme – Totgeburt

Diese Angaben sind aufgrund des Hebammengesetzes, BGBl. Nr. 310/1994, festzustellen. Nach Maßgabe der technischen Möglichkeiten hat die Übermittlung dieser Angaben an die Bundesanstalt Statistik Österreich in elektronisch verarbeiteter und verschlüsselter Form im Wege des ZPR zu erfolgen. Liegen die technischen Voraussetzungen dafür nicht vor, müssen diese Angaben gemeinsam mit der Anzeige in Papierform an die Personenstandsbehörde am Ort der Totgeburt übermittelt werden.

Kind bzw. Geburt

Bei Geburt in einer Krankenanstalt oder Hebammenpraxis
- ☐ stationäre Geburt (Aufenthalt über 24 Stunden)
- ☐ ambulante Geburt (Aufenthalt unter 24 Stunden)

Bei Geburt außerhalb einer Krankenanstalt oder Hebammenpraxis
- ☐ Hausgeburt
- ☐ Transportmittel
- ☐ sonstiger Ort

Schwangerschaftsdauer in vollendeten Wochen und Tagen

_____ Wochen _____ Tage

z.B. 38 Wochen 5 Tage; gültige Werte im Feld „Tage“: 0 bis 6

Einleitung der Geburt medikamentös bzw. durch Amniotomie

☐ ja ☐ nein

Lage des Kindes bei der Geburt

☐ regelrechte Schädellage ☐ regelwidrige Schädellage ☐ Beckenendlage ☐ Querlage ☐ unbekannt/nicht bestimmbar

Wie wurde die Geburt beendet?
- ☐ Spontangeburt
- ☐ Kaiserschnitt primär (vor Geburtsbeginn, geplant)
- ☐ Kaiserschnitt sekundär (während der Geburt, Notsektio)
- ☐ Saugglocke
- ☐ Zangengeburt
- ☐ Manualhilfe

Geburtsgewicht in Gramm _____

Körperlänge in cm _____

Wievieltes Kind dieser Mutter? a) einschl. Totgeborener _____

b) ohne Totgeborene _____

Datum der letzten vorangegangenen Lebend- oder Totgeburt:

_____ / _____ / _____

Tag Monat Jahr

Mutter

Rauchen im letzten Trimester (nach der 28. Woche) der Schwangerschaft ☐ ja ☐ nein

Körpergröße	Körpergewicht zu Beginn der Schwangerschaft	Körpergewicht vor der Geburt
in cm _____	in kg _____	in kg _____

Krankenanstalt/ Hebamme

Name

Straße und Hausnr.

PLZ Ort

Telefonnr. E-Mail-Adresse

inkl. Vorwahl und Durchwahl (der Geburtenstation) bei Krankenanstalt: wenn möglich, E-Mail-Adresse der Geburtenstation