Anlage 1a

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 – Geburt

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 Geburt übermittelt werden.

Kind bzw. Geburt

Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute der Geburt

Geschlecht

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 _____

Nabelschnur ph (arteriell) _____
Den pH-Wert der Blutgasanalyse aus der Nabelschnurarterie des Geborenen mit zwei Nachkommastellen eintragen (Wertebereich: 6,50-8,00) oder 99 (unbekannt). Bei mehreren Messungen den niedrigsten Wert angeben. Beispiel: 7,25.

Apgar 1 min 5 min 10 min

(gesamt) _____ _____ _____
Gültige Werte: 0 bis 10 oder 99 (unbekannt)

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

Unterzeichner	serialNumber=1026761,CN=Bundeskanzleramt,C=AT
Datum/Zeit	2017-11-28T11:10:23+01:00
Prüfinformation	Informationen zur Prüfung des elektronischen Siegels bzw. der elektronischen Signatur finden Sie unter: https://www.signaturpruefung.gv.at Informationen zur Prüfung des Ausdrucks finden Sie unter: https://www.bka.gv.at/verifizierung
Hinweis	Dieses Dokument wurde amtssigniert.