

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	Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute der Geburt		Geschlecht
	Bei Geburt in einer Krankenanstalt oder Hebammenpraxis		<input type="checkbox"/> stationäre Geburt (Aufenthalt über 24 Stunden) <input type="checkbox"/> ambulante Geburt (Aufenthalt unter 24 Stunden)
	Bei Geburt außerhalb einer Krankenanstalt oder Hebammenpraxis		<input type="checkbox"/> Hausgeburt <input type="checkbox"/> Transportmittel <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Lage des Kindes bei der Geburt <input type="checkbox"/> regelrechte Schädellage <input type="checkbox"/> regelwidrige Schädellage <input type="checkbox"/> Beckenendlage <input type="checkbox"/> Querlage <input type="checkbox"/> unbekannt/nicht bestimmbar		
	Wie wurde die Geburt beendet? <input type="checkbox"/> Spontangeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt primär (vor Geburtsbeginn, geplant) <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt sekundär (während der Geburt, Notsektion) <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zangengeburt <input type="checkbox"/> Manualhilfe		
	Geburtsgewicht in Gramm _____		Körperlänge in cm _____
	Wievieltens 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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Körpergröße in cm _____	Körpergewicht zu Beginn der Schwangerschaft in kg _____	Körpergewicht vor der Geburt in kg _____
Krankenanstalt/ Hebamme	Name		
	Straße und Hausnr.		
	PLZ	Ort	
	Telefonnr. inkl. Vorwahl und Durchwahl (der Geburtenstation)	E-Mail-Adresse bei Krankenanstalt: wenn möglich, E-Mail-Adresse der Geburtenstation	