

ANZEIGE DER GEBURT*

	Behörde	Zahl/Jahr	
	Zahl der Eintragung der anderen Kinder bei Mehrlingsgeburt (bei Totgeburt „ST“ voranstellen)		
Kind	Familiennamen, Vornamen, sonstige Namen		
	Tag, Monat, Jahr, Stunde und Minute, sowie Ort ¹⁾ der Geburt	Geschlecht	
Vater	Familiennamen, Vornamen, sonstige Namen		
	Akademische Grade/Standesbezeichnungen		Geschlecht
	Wohnort		Religionsbekenntnis (sofern freiwillig bekanntgegeben)
	Tag und Ort der Geburt		
	Staatsangehörigkeit		
Mutter	Familiennamen, Vornamen, sonstige Namen		
	Akademische Grade/Standesbezeichnungen		Geschlecht
	Wohnort		Religionsbekenntnis (sofern freiwillig bekanntgegeben)
	Tag und Ort der Geburt		
	Staatsangehörigkeit		
Ehe/EP Mutter	Familienstand der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes ²⁾ :		
	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Ehe für nichtig erklärt <input type="checkbox"/> Ehe aufgehoben <input type="checkbox"/> in aufrechter EP ⁴⁾ <input type="checkbox"/> aufgelöste EP ⁴⁾ <input type="checkbox"/> EP ⁴⁾ für nichtig erklärt <input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragener Partner		
	Datum und Ort/der Eheschließung/Eingetragenen Partnerschaft sowie Behörde und Zahl		
	<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> Ehe aufgehoben <input type="checkbox"/> Ehe für nichtig erklärt <input type="checkbox"/> Tod des Ehemannes der Mutter ²⁾ <input type="checkbox"/> aufgelöste EP ⁴⁾ <input type="checkbox"/> EP ⁴⁾ für nichtig erklärt <input type="checkbox"/> hinterbliebener eingetragener Partner		
	Bezeichnung und Anschrift der Krankenanstalt bzw. Familien- Nachnamen, Vornamen und Wohnort sowie Identitätsnachweis		
Anzeigender	(Datum und Unterschrift)		
	Geburtsbestätigung ³⁾ Die Geburt des oben bezeichneten Kindes wird bestätigt.		
	(Datum und Unterschrift des Arztes/der Hebammme)		
VORNAMENSBESTIMMUNG			
<input type="checkbox"/> Wir haben <input type="checkbox"/> Ich habe ²⁾ dem Kind die Vornamen gegeben.			
<input type="checkbox"/> Ich versichere, dass der andere Elternteil damit einverstanden ist. ²⁾ Datum und Unterschrift der Eltern (eines Elternteiles)			
<input type="checkbox"/> Ich gebe <input type="checkbox"/> Ich gebe nicht die Zustimmung, dass die Geburt in das wöchentliche Verzeichnis der Geburten, das jeder Antragsteller erhalten kann, aufgenommen wird.			
<input type="checkbox"/> Ich versichere, dass der andere Elternteil damit einverstanden ist. ²⁾ Datum und Unterschrift der Eltern (eines Elternteiles)			

¹⁾Anschrift der Krankenanstalt oder der Wohnung, in der das Kind geboren worden ist, sonst möglichst genaue Bezeichnung des Geburtsortes.²⁾Zutreffendes bitte ankreuzen.³⁾Zur Ausstellung der Geburtsbestätigung ist der Arzt oder die Hebammme verpflichtet, die bei oder nach der Geburt Beistand geleistet haben. Die Bestätigung ist nicht erforderlich, wenn die Geburt vom Leiter einer Krankenanstalt angezeigt wird.⁴⁾Eingetragene Partnerschaft.

*Hinweis: Nur zu verwenden wenn eine Übermittlung nach § 9 Abs. 1 erster Satz PStG 2013, BGBI. I Nr. 16/2013, nicht möglich ist.

Behörde	<p>Statistik-Code: / / Code der zuständigen Standesamtsgemeinde / Jahr der Eintragung ins ZPR / eindeutige Laufnummer pro Behörde und Kalenderjahr</p>			
Angaben der Hebamme – Geburt				
<p>Diese Angaben sind aufgrund des Hebamengesetzes, 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.</p>				
Kind bzw. Geburt	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 Schädelage <input type="checkbox"/> regelwidrige Schädelage <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 <small>(vor Geburtsbeginn, geplant)</small> <input type="checkbox"/> Saugglocke <input type="checkbox"/> Zangengeburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt sekundär <small>(während der Geburt, Notsektio)</small> <input type="checkbox"/> 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 (gesamt) Gültige Werte: 0 bis 10 oder 99 (unbekannt)	1 min 5 min 10 min
	Wievieltes Kind dieser Mutter? a) einschl. Totgeborener b) ohne Totgeborene		Datum der letzten vorangegangenen Lebend- oder Totgeburt: <small> // Tag Monat Jahr</small>	
	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		