

# Dokumentationsbogen körperliche Gewalt

Chiffre: \_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Untersuchende Einrichtung

Klinik/Praxis/etc.: (Stempel)

Abteilung/Station: \_\_\_\_\_

Untersucher: \_\_\_\_\_

Zusätzlich anwesend: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum und -uhrzeit: \_\_\_\_\_

## Die/Der Untersuchte

Um die Identität des/der Patienten/Patientin - falls später erforderlich - zweifelsfrei belegen zu können, bitte einen **Mundschleimhautabstrich** entnehmen.

Geschlecht:  männlich  weiblich  divers

Alter: \_\_\_\_\_

Wohnort/Kreis: \_\_\_\_\_

Verständigung möglich:  ja  nein  eingeschränkt

(Dolmetscher, etc.): \_\_\_\_\_

Geschehensschilderung:  freies Erzählen  nur auf Nachfrage

Allgemeinzustand/Bewusstsein/Orientierung: \_\_\_\_\_

**Aktuelle Beeinflussung im Hinblick auf einen möglichen Drogen-/Alkohol- oder Medikamenteneinfluss**

nein/nicht bemerkbar       gering       mäßiggradig       deutlich

**Was?**

Alkohol       BtM       Medikamente       Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Konsum von Alkohol/Drogen/Medikamenten zum Tatzeitpunkt**

nein       ja

Blutprobe (Serumröhrchen), Entnahmedatum/-zeit: \_\_\_\_\_

Urinprobe, Entnahmedatum/-zeit: \_\_\_\_\_

(Proben bis zum Versand **KÜHLEN!**)

**Vorfallbezogene Anamnese**

**Wann?**

Tatzeit (Datum/Uhrzeit): \_\_\_\_\_

Erinnerungslücke:       nein       ja (Serumröhrchen/Urinprobe sichern!)

**Wo?**

Häusliche Umgebung

Häusliche Umgebung einer dritten Person

Arbeitsplatz

öffentlicher kommerzieller Bereich (z.B. Restaurant, Kaufhaus etc.)

öffentliche Straße/Park

unbekannt

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Was?** (Mehrfachnennungen möglich) **KEINE SUGGESTIVFRAGEN!**

**Schläge**

mit der Faust       mit der flachen Hand       Sonstige: \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Anzahl: \_\_\_\_\_ Symptome: \_\_\_\_\_

**Tritte**

mit Schuh       ohne Schuh

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Anzahl: \_\_\_\_\_ Symptome: \_\_\_\_\_

**Fixierung/Fesseln; was?** \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_

**Einwirkung mit (anderem) Gegenstand; welcher?** \_\_\_\_\_

Lokalisation: \_\_\_\_\_

Anzahl: \_\_\_\_\_

Symptome: \_\_\_\_\_

**Sonstiges** (z.B. Beißen, thermische Gewalt, etc.): \_\_\_\_\_

**Gewalt gegen den Hals; wie?**

mit den Händen (Spurensicherung > Abstriche!)

mit einem Gegenstand: \_\_\_\_\_

Schwitzkasten       Bedeckung der Atemwege, mit: \_\_\_\_\_

Brustkorbkompression       Knebeln, mit: \_\_\_\_\_

**Geschätzte Dauer:** \_\_\_\_\_

**Symptome:**

- |   |  |                                      |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit     | <input type="checkbox"/> Urin-/Kotabgang       | <input type="checkbox"/> Kopfschmerz |
| <input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden   | <input type="checkbox"/> Atembeschwerden       | <input type="checkbox"/> Heiserkeit  |
| <input type="checkbox"/> Kehlkopfdruckschmerz | <input type="checkbox"/> Kieferöffnungsschmerz | <input type="checkbox"/> HWS-Schmerz |

**Petechiale Einblutungen:**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gesichtshaut    | <input type="checkbox"/> Augenbindehäute | <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut |
| <input type="checkbox"/> Hinterohrregion | <input type="checkbox"/> keine           |  |

**Gegenwehr** (ggfs. Spurensicherung > Abstriche!)

- nein       ja, welche? \_\_\_\_\_

**Ergänzende Angaben/freie Angaben zum Tathergang** (ggf. Äußerungen der Person in wörtlicher Rede)

---



---



---



---



---

**Weitere anwesende Personen zum Tatzeitpunkt?**

- nein
- ja:       Kinder       Andere: \_\_\_\_\_

**Angaben zum/zur Beschuldigten**

- Beziehung:**     Partnerbeziehung       Ex-Partner       familiäre Beziehung
- andere: \_\_\_\_\_

- Anzahl:**       eine/ein Beschuldigte/Beschuldigter
- mehrere Beschuldigte, Anzahl: \_\_\_\_\_

- Geschlecht:**     männlich       weiblich       unbekannt

**Anlassbezogenes Konsumverhalten der beschuldigten Person** (Mehrfachnennung möglich)

Alkohol     Medikamente     BtM     nichts     unbekannt

**Ist von dieser Person gegenüber der geschädigten Person das erste Mal Gewalt ausgegangen?**

nein     ja

Ggf. Angaben zur Häufigkeit: \_\_\_\_\_

## Untersuchung

**Allgemeines**

Körperlänge: \_\_\_\_\_ cm    Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg (lt. Angabe/gemessen)

Körperbau:     normal     muskulös     schlank     kachektisch     adipös

Händigkeit:     rechts     links     beide

**Vorerkrankungen/Medikamente** (auch Verweis auf klinische Dokumentation möglich):

\_\_\_\_\_

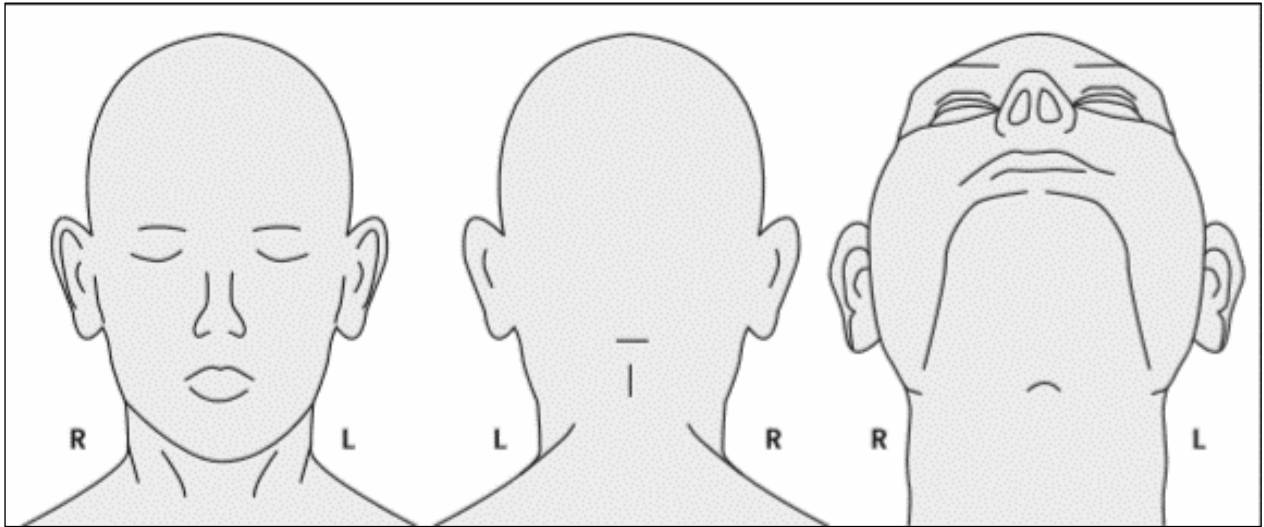
## Verletzungsdokumentation

**Legende**

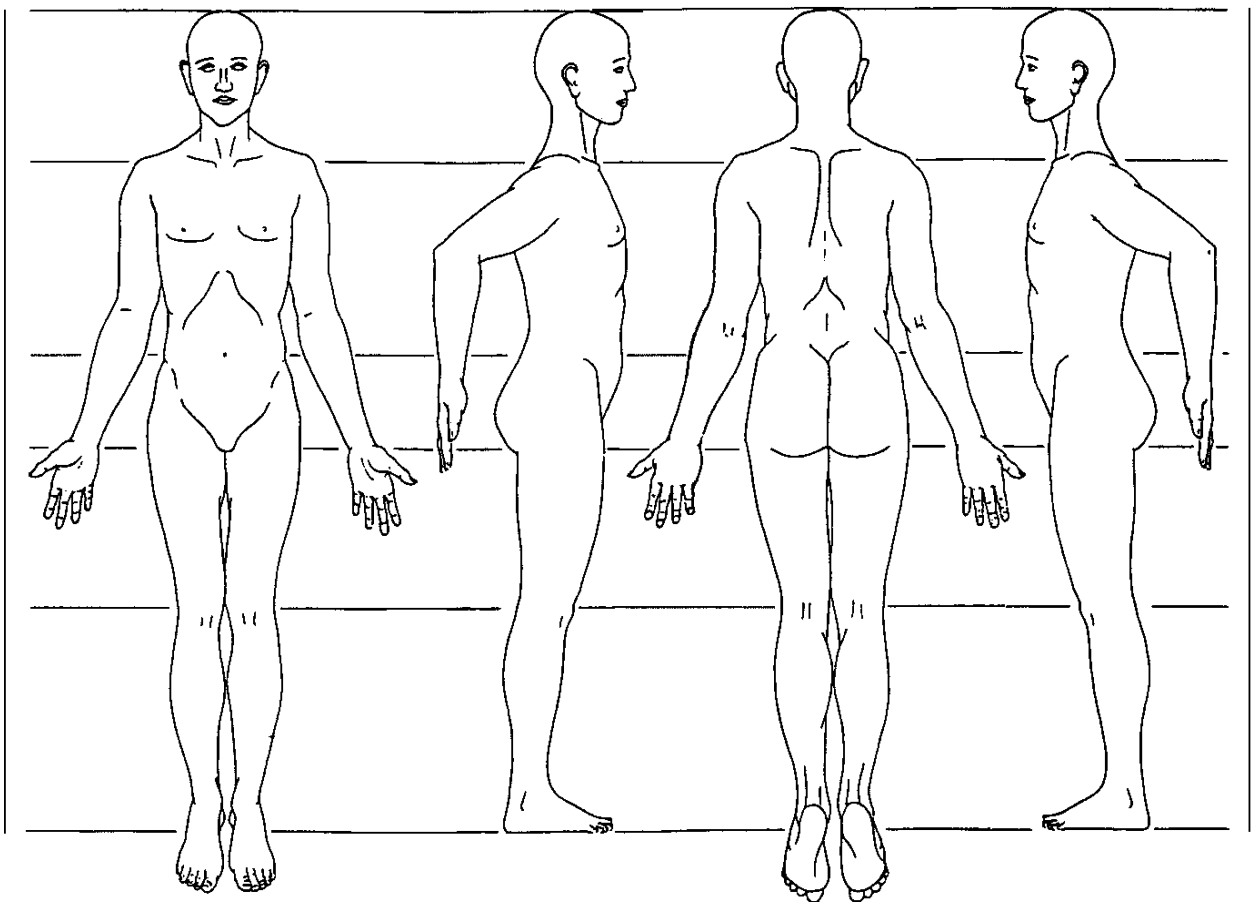
Art der Verletzung

1 = Rötung	7 = Stich/Schnitt (entspricht glattrandiger Hautdurchtrennung)
2 = Unterblutung/Hämatom	8 = frische Fraktur
3 = Schwellung	9 = Verbrennung/Verbrühung
4 = Druckschmerz	10 = geformte Verletzung (Beschreibung!)
5 = Schürfung/Kratzer	11 = Sonstiges (in Skizze angeben)
6 = Riss-/Quetschwunde (Gewebebrücken sichtbar?)	12 = Narbe (i.S. älterer Verletzung)

Tragen Sie die Ziffer in das Körperschema ein. Ergänzen Sie bitte **Größe + Farbgebung/Wundbeschaffenheit**.



cm



cm

**Fotodokumentation:**

nein             ja

**Versorgungsbedürftige Verletzungen, welche?** \_\_\_\_\_

**keine Verletzungen**

**Spurensicherung:**

Grundsätzlich: Feucht (NaCl) auf trocken, trocken auf feucht! Handschuhe und Mundschutz verwenden!

nein             ja, wo? \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Unterschrift Untersuchende/r**

---

**Datum/Uhrzeit**