

Dokumentationsbogen sexuelle Gewalt (inkl. sonstige körperliche Gewalt)

Chiffre: ___ / _____ / _____

Untersuchende Einrichtung

Klinik/Praxis/etc.: (Stempel)

Abteilung/Station: _____

Untersucher: _____

Zusätzlich anwesend: _____

Untersuchungsdatum und -uhrzeit: _____

Die/Der Untersuchte

Name: _____ Vorname: _____

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

Geschlecht: männlich weiblich divers

Geburtsdatum: _____

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-/Medikamenteneinfluss

nein/nicht merkbar 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!**

Sexuelle Gewalt? ja vermutet

Erfolgte eine Penetration?

nein versucht unbekannt/bewusstlos ja

Penetration, wo? oral vaginal anal

Penetration, mit? Penis Finger Gegenstand: _____

Ejakulation: nein unbekannt ja, wohin: _____

Kondom: nein unbekannt ja

Andere sexuelle Handlungen: _____

Andere körperliche Gewalt?

nein ja

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:

Bewusstlosigkeit Urin-/Kotabgang

Schluckbeschwerden Atembeschwerden Heiserkeit

Kehlkopfdruckschmerz Kieferöffnungsschmerz Kopfschmerz

HWS-Schmerz

Petechiale Einblutungen:

Gesichtshaut Augenbindehäute Mundschleimhaut

Hinterohrregion keine

Gegenwehr (ggfs. Spurensicherung > Abstriche!)

nein ja, **welche?** _____

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

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

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):

Gynäkologische Anamnese

Gynäkologische Erkrankungen? _____

Aktuelle gynäkologische Beschwerden?

Besteht eine regelmäßige hormonelle Verhütung? nein ja

Liegt eine Schwangerschaft vor? nein ja

Letzte Menstruation? _____

Letzter freiwilliger Geschlechtsverkehr

am _____, mit

dem/der Beschuldigten

einer anderen Person: _____

zuvor noch kein Geschlechtsverkehr

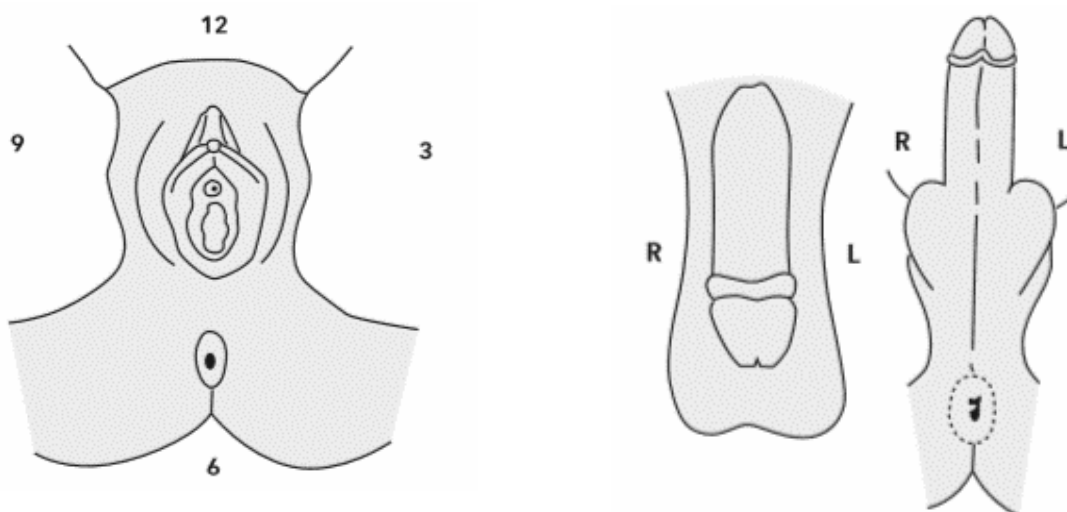
Verletzungsdokumentation

Legende

Art der Verletzung

- 1 = Rötung
- 2 = Unterblutung/Hämatom
- 3 = Schwellung
- 4 = Schürfung/Kratzer
- 5 = Einriss/Riss
- 6 = Sonstiges (in Skizze angeben)

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



Fotodokumentation:

- nein ja
- Versorgungsbedürftige Verletzungen, welche?** _____
- keine Verletzungen in Genital-/Analregion**

Spurensicherung:

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

- ja nein

Checkliste:

	Ja	Nein	Nicht gewünscht
Oral			
Oberschenkelinnenseite <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links			
Schamhügel			
Zwischen großen und kleinen Schamlippen			
Introitus			
Scheide tief (2x)			
Damm			
Anal			
Rektal			

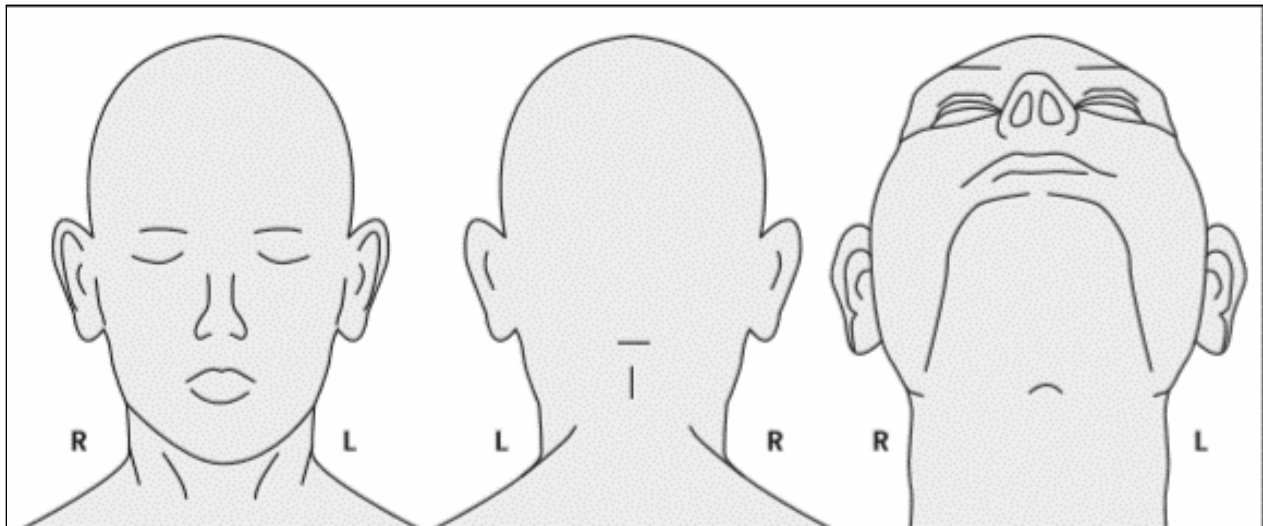
Verletzungsdokumentation

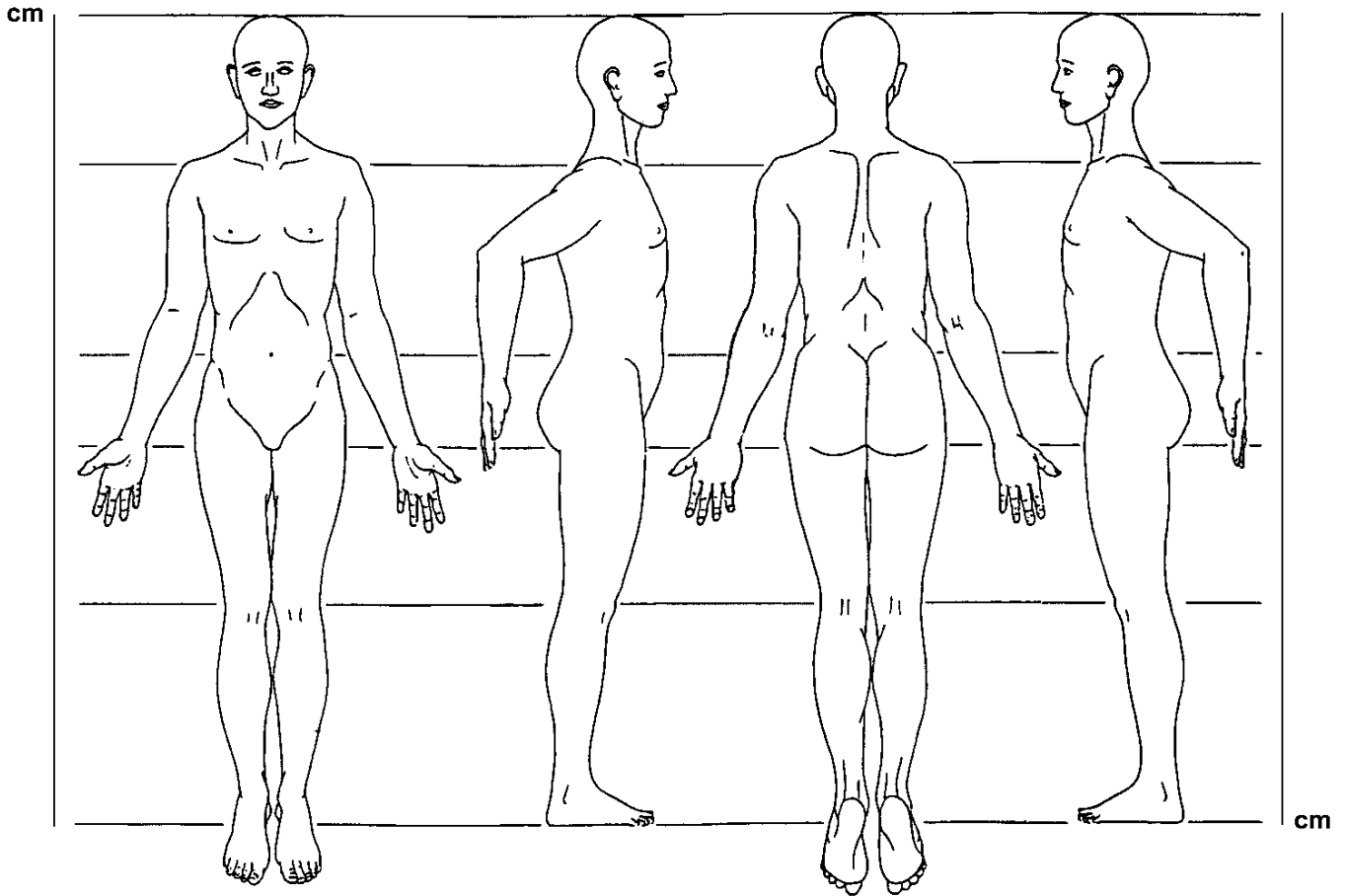
Legende

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**.





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