

## Dokumentationsbogen körperliche Gewalt

### Untersuchungsmodalitäten

Klinik/Praxis/etc.  
(Stempel)

Abteilung/Station:

Untersucher:

Untersuchungsdatum,  
-uhrzeit:

### Die/Der Untersuchte

Chiffre:

 /  / 

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

Geschlecht:

 weiblich     männlich

Alter:

 Jahre/Monate

Wohnort:

Anlass:

 häusliche Gewalt  
 sexuelle Gewalt  
 häusliche & sexuelle Gewalt

Spurensicherung:

 ja     nein     abgelehnt

Fotodokumentation:

 ja     nein     abgelehnt

# Anamnese

Tatort:

Tatzeitpunkt (Datum, Uhrzeit):

Raum für Skizzen etc.

### Ergänzung zur Art der Gewalteinwirkung (scharfe, stumpfe, thermische Gewalt ...)

Wurde ein Werkzeug eingesetzt? (Messer, Stock etc.)

Komprimierende Gewalt gegen den Hals  nein  ja, wenn ja in welcher Form

(Fragen nach Bewusstlosigkeit, Heiserkeit, Schluckstörungen, Urin-/Kotabgang)

**Aktuelle Symptome/Beschwerden:**

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

nein  ja (freiwillig/unfreiwillig), wenn ja, was

**Die/Der Untersuchte**

Verständigung möglich:  ja  nein  eingeschränkt

(Dolmetscher, etc.)

Geschehensschilderung  freies Erzählen  nur auf Nachfrage

Allgemeinzustand/Bewusstsein/Orientierung

Beeinflussung im Hinblick auf einen möglichen Drogen-/Alkoholkonsum

nicht bemerkbar  gering  mäßiggradig  deutlich

# Untersuchungsbefund

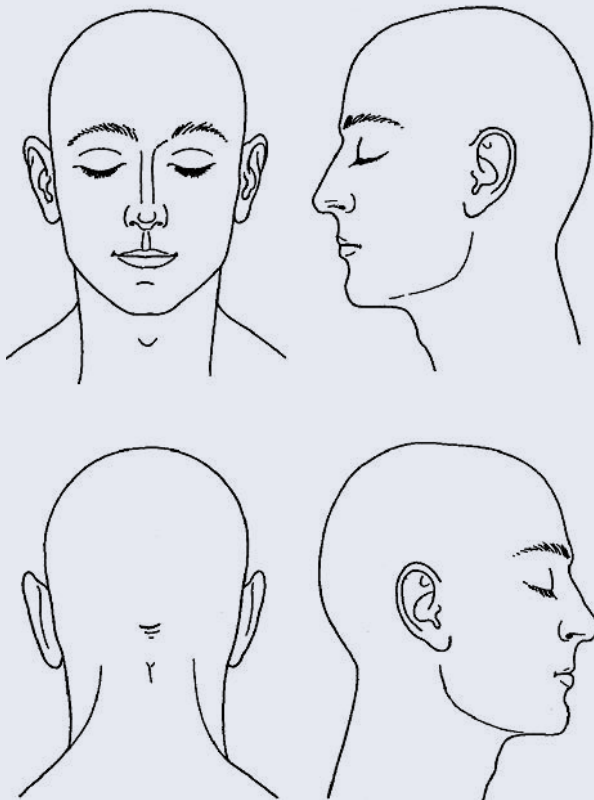
## Allgemeines

Körperlänge  cm Körpermasse  kg/g (lt. Angabe/selbst überprüft)

Körperbau:  normal  muskulös  schlank  mager  adipös

Händigkeit:  rechts  links  beide

## Kopf/Hals



### Check:

- Blick auf die Bindehäute und die Mundschleimhaut sowie hinter die Ohren, Petechien!
- Würgemale, Drosselmarken!
- Geformte Verletzungen bitte mit genauer Größe!

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

