

- Zum Verbleib bei Patientin/Patient –

-Kopie in die Krankenakte -

Arztstempel

### Erklärung

**Chiffre:** ..... / .....

(bestehend aus Anfangsbuchstaben Nachname, 6-stelligem Geburtsdatum und 6-stelligem Untersuchungsdatum)

Ich habe heute, am ..... das Krankenhaus/die Praxis (ggf. Stempel)  
..... aufgesucht, um mich nach einer Sexualstraftat/  
körperlicher Gewalt untersuchen zu lassen.

Ich wünsche, dass die Untersuchungsergebnisse und das entnommene Spurenmaterial der Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein in pseudonymisierter Form übersandt und vertraulich behandelt wird. Die Untersuchungsergebnisse und das Spurenmaterial werden dort für die Dauer von 20 Jahren aufbewahrt. Sollte ich innerhalb dieser Zeit keine Anzeige erstatten, werden diese vernichtet. Sollte ich mich zu einer Anzeigenerstattung entschließen, können die Asservate (nur) mit meinem Einverständnis zu den Akten genommen werden.

Eine Verlängerung der Aufbewahrungszeit auf meine Initiative hin ist möglich (Kontakt hierfür: Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, Campus Kiel, Arnold-Heller-Str. 3, 24105 Kiel, Tel: 0431 500 15901, Ansprechpartner: Koordinatorin Vertrauliche Spurensicherung).

Bei weiteren Fragen finden Sie Informationen auf der Homepage [www.vertrauliche-spurensicherung-sh.de](http://www.vertrauliche-spurensicherung-sh.de)

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Beweisführung nach Vernichtung des Spurenmaterials erheblich erschwert sein wird.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift