

| | |
|--|---|
| <p>Standort der Untersuchung: _____</p> <p>Ärztin/Arzt GSA: _____ Tel: _____</p> <p>Ärztin/Arzt Gyn/Chir: _____ Tel: _____</p> <p>im Beisein von: _____</p> <p>Patientin/Patient: _____</p> <p>Geb.-Datum: _____ Tel: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>_____</p> <p>Beginn der Untersuchung d. GSA: _____ : _____ <small>(Datum) (Uhrzeit)</small></p> <p>Beginn der Untersuchung d. Gyn/Chir: _____ : _____ <small>(Datum) (Uhrzeit)</small></p> <p>Sprachliche Verständigung: <input type="checkbox"/> fließend deutsch <input type="checkbox"/> gebrochen deutsch <input type="checkbox"/> Gebärdensprache</p> <p><input type="checkbox"/> Übersetzung aus _____ durch _____ <small>(Sprache) (Dolmetscher)</small> <input type="checkbox"/> _____ <small>(ggf. Muttersprache)</small></p> <p>Untersuchung erfolgt im Auftrag von:</p> <p><input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Patientin/Patient</p> <p>Pol. AZ: _____</p> <p>Dienststelle: _____</p> | <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <p style="font-size: 24px; margin: 0;">Etikett</p> </div> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">Codieren: Z 04.5</p> |
|--|---|

INFORMATION und ggf. SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Ich wurde über den Zweck der körperlichen Untersuchung, die Dokumentation von Verletzungsbefunden, die Sicherstellung von Beweismitteln und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert und erteile hierzu meine Einwilligung. Die Probenabgabe erfolgte freiwillig.

Der toxikologischen Blut/Urin Untersuchung stimme ich zu lehne ich ab

Der Laboruntersuchung HIV: stimme ich zu lehne ich ab

Hepatitis B-C: stimme ich zu lehne ich ab

Ich entbinde die behandelnden Ärzte hinsichtlich der Untersuchung der an mir begangenen sexualisierten Gewalt von der Schweigepflicht. Mit der Aushändigung einer Kopie dieses Berichts und des Untersuchungsmaterials einschließlich einer Speichelprobe an die Polizei zum Zwecke des Strafverfahrens bin ich einverstanden.

Ich wurde über den Zweck der körperlichen Untersuchung, die Dokumentation von Verletzungsbefunden, die Sicherstellung von Beweismitteln und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert und erteile hierzu meine Einwilligung. Die Probenabgabe erfolgte freiwillig und auf meinen eigenen Wunsch hin. Ich wurde darüber informiert, dass die Lagerung der Beweismittel in der Gewaltschutzambulanz der Charité für 1 Jahr erfolgt, danach werden die Beweismittel vernichtet, ohne dass ich darüber erneut informiert werde. Innerhalb des 1 Jahres vom heutigen Datum an kann die Herausgabe der Beweismittel an die Polizei erfolgen, wenn ich eine polizeiliche Anzeige erstatte, der Aushändigung der Berichte und der Beweismittel zustimme und die Ärzte hinsichtlich der Untersuchung der an mir begangenen sexualisierten Gewalt von der Schweigepflicht entbinde.

Berlin, _____ Unterschrift der Patientin/des Patienten _____
(Datum) (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

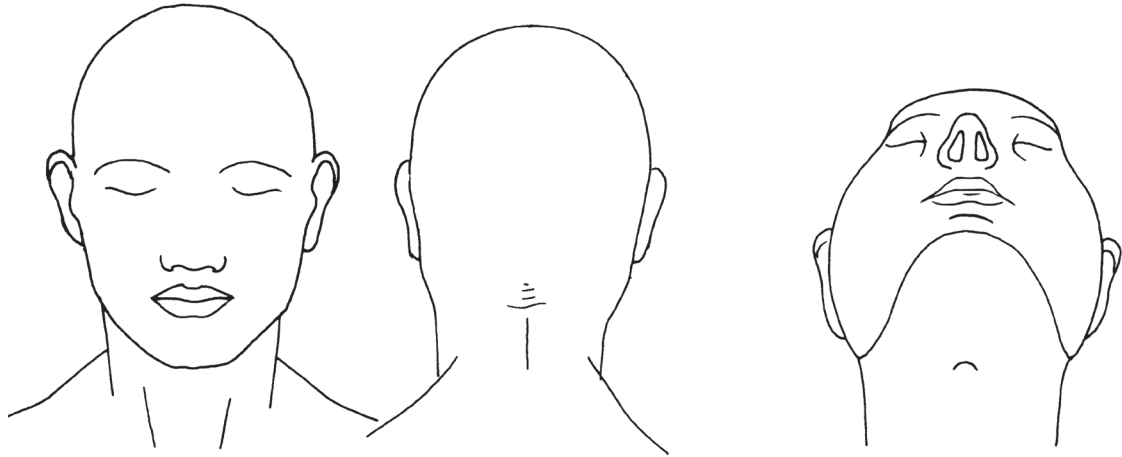
| | | |
|---|--|---|
| <p>KIT Set zur Spurensicherung</p> | <p>UNTERSUCHUNG UND SPURENSICHERUNG keine Ausstriche auf Objektträger</p> | <p>Sichergestellt</p> |
| <p>Schritt 1</p> | <p>2 Abstriche Oral (mit zwei trockenen Wattetupfern)</p> | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> |
| <p>Schritt 2</p> | <p>Kleidung, insbes. Unterwäsche einzeln in Papiersäcke verpacken und beschriften (nicht bei VSS)</p> | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> |
| <p>Schritt 3</p> | <p>Spuren am Körper:</p> <p>Erfolgte eine Ejakulation? <input type="checkbox"/> ja, wohin: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <small>(Ejakulat auf Hautoberfläche am angegebenen Ort mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small> _____ _____ _____</p> <p>Verklebte Kopfhare vorhanden? (verklebte Haare abschneiden) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Hat Sie der Täter irgendwo geküsst, geleckt, gesaugt, gebissen? <input type="checkbox"/> ja, was, wo: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <small>(Speichelspuren auf der Haut am angegebenen Ort mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small> _____ _____ _____</p> <p>Haben Sie den Täter gekratzt? <input type="checkbox"/> ja, wo: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <small>(Falls ja, Unterseite der Fingernägel der re und li Hand mit je einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small> _____ _____ _____</p> <p>Hat der Täter Sie gewürgt, gedrosselt, Ihnen den Mund zugehalten? <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <small>(Bei Würgen/Drosseln Halsvorderseite mit einem feuchten Wattetupfer abreiben, bei Mund Zuhalten die Lippen mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small></p> <p>Andere Spuren vorhanden? <small>(Fremdkörper, Spuren in Papiertüten sicherstellen u. beschriften)</small> <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein _____ _____ _____ _____ _____</p> | <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> |

KIT
Set zur Spurensicherung

UNTERSUCHUNG UND SPURENSICHERUNG
keine Ausstriche auf Objektträger

Würgen / Drosseln? ja Bei Drosseln: Werkzeug _____

Falls ja: HNO Konsultation nein weiß nicht
(Stauungsblutungen in Augenbindehäuten, Augenlidern, Gesicht, Mundschleimhaut? Benommenheit, Bewusstlosigkeit? Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden, Heiserkeit? Urin- und/oder Kotabgang?)



Fotodokumentation: ja nein

Sichergestellt

ja nein

Ablauf zur Fotodokumentation:

- 1: Patienten-Barcodeetikett fotografieren
- 2: alle weiteren Fotos immer mit Maßstabswinkel fotografieren
- 3: alle Fotos auf Speichermedium sichern (CD, USB-Stick, o.ä.)

Schritt 5

Gynäkologische Untersuchung / weibliches Opfer

Schamhaare vorhanden? ja nein ja nein
 Wenn ja, verklebte Schamhaare vorhanden? (verklebte Haare abschneiden) ja nein ja nein
 Wenn ja, Schamhaare ausgekämmt? (mit Kamm auf Papierunterlage auskämmen) ja nein ja nein
 Tampon vorhanden? ja nein ja nein
 Fremdmaterial vorhanden? ja nein ja nein

_____ ja nein

1 Abstrich äußeres Genitale (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben) ja nein

2 Abstriche Vagina (mit zwei trockenen Wattetupfern) ja nein

2 Abstriche Zervikalkanal (mit zwei trockenen Wattetupfern) ja nein

| | | |
|------------------|--|--|
| Schritt 6 | Anus und Rektum 2 Abstriche Anus (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben) 2 Abstriche Rektum (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben) | Sichergestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|------------------|--|--|

| | | |
|------------------|--|---|
| Schritt 7 | Blut/Urin (Uhrzeit der Asservierung) (nicht bei VSS) _____ : _____ (Uhrzeit) Nativblut für Alkoholkonzentrationsbestimmung (10 ml Röhrchen nativ) Nativblut für chemisch-toxikologische Untersuchungen (10 ml EDTA 2x) Urin für chemisch-toxikologische Untersuchung (ca. 30 - 50 ml) | Sichergestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| | Serum für diagnostische Zwecke (HIV, Hepatitis B und C) (10 ml Serumröhrchen an Labor übermitteln) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

| | |
|------------------|---|
| Schritt 8 | Weiterbehandlung durch: <input type="checkbox"/> Rettungsstelle <input type="checkbox"/> Infektiologie <input type="checkbox"/> Traumatologie <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> Allgemeine Chirurgie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Station _____ |
|------------------|---|

| | |
|------------------|---|
| Schritt 9 | Informationen zu Unterstützungsangeboten ausgehändigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____ (Beispielsweise Nicht erwünscht/Abgelehnt) |
|------------------|---|

| | |
|--|-------------------------|
| Ende der Untersuchung durch Gyn/Chir: _____ : _____ (Datum) (Uhrzeit) _____ Unterschrift Ärztin/Arzt | Stempel der Einrichtung |
|--|-------------------------|

| | |
|---|-------------------------|
| Ende der Untersuchung durch GSA: _____ : _____ (Datum) (Uhrzeit) _____ Unterschrift Ärztin/Arzt | Stempel der Einrichtung |
|---|-------------------------|

| | |
|---|--|
| Weitergabe der Beweismittel _____ : _____ (Datum) (Uhrzeit) <input type="checkbox"/> an Polizeidienststelle <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> Nativblut und/oder Urin für chem.-toxikol. Untersuchungen <input type="checkbox"/> KIT zur Spurensicherung <input type="checkbox"/> Blut für Alkoholkonzentrationsbestimmung <input type="checkbox"/> Fotodokument. auf Speichermedium <input type="checkbox"/> Papiersäcke mit Bekleidung _____ <input type="checkbox"/> Kopie Befundbericht Anzahl der Säcke | |
| Ausgehändigt: _____ Unterschrift / (Name in Druckbuchstaben) | |
| Entgegengenommen: Dienststelle _____ Tel. Nr. _____ _____ Unterschrift / (Name in Druckbuchstaben) | |