

S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt

Angaben zur Patientin / zum Patienten <i>Nutzen Sie wenn möglich das Patienten-Etikett</i>	Angaben zur Untersuchung
Name	Name Arzt / Ärztin
Geburtsdatum	Ort der Untersuchung
Adresse	Beginn der Untersuchung
Telefon	Datum Uhrzeit
	Im Beisein von
Sprachliche Verständigung <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> mit Dolmetscher/in, Name:	
Bewusstseinslage bei der Untersuchung <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> leicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> bewusstlos	

Einverständniserklärung
 Hiermit erkläre ich, dass die heutige Untersuchung und Dokumentation mit meinem Einverständnis erfolgt.
 Diese Einverständniserklärung beinhaltet keine Entbindung von der Schweigepflicht.

Ort, Datum Unterschrift

Sorgen Sie für eine ungestörte Gesprächs- und Untersuchungssituation, und dass Sie mit d. Patientin/Patienten alleine sind. Bestehen Sie nicht auf Angaben, die d. Patientin/Patient nicht machen möchte. Notieren Sie mit den Worten d. Patientin/Patienten kurz Angaben zum Ereignis.

Angaben zum Ereignis
Nach Darstellung der Geschädigten/des Geschädigten = Grundlage für die Untersuchung. Keine Suggestivfragen!

Ort des Ereignisses Verursacher unbekannt Anzahl

Datum Verursacher bekannt Anzahl

(Ungefährer) Zeitpunkt/Zeitraum Wer

Art der Gewaltanwendung/Gewalteinwirkung

.....

Wurden **Tatmittel** benutzt?
 (Gegenstand, Waffe) ja ▼ nein keine Angabe
 welche

Wurde seitens d. Geschädigten **Widerstand** geleistet? ja nein keine Angabe

Fand Gewalteinwirkung gegen den Hals statt?
 (z.B. Würgen, Drosseln) ja ▼ nein keine Angabe

Stauungszeichen / Punktblutungen (S. 2 + Körperschema)
 Aura / Wahrnehmungsstörung
 Bewusstlosigkeit
 Schwindel
 Urin- und Stuhlabgang
 Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden
 Heiserkeit

Wurden vor, während oder nach dem Vorfall Alkohol, Drogen oder Medikamente eingenommen? ja ▼ nein keine Angabe
 wann, was, wieviel

Handelt es sich um einen Wiederholungsfall? ja nein keine Angabe

Beschwerden (z.B. Schmerzlokalisierung, Hörminderung, Übelkeit/Erbrechen)

Körperliche Untersuchung

Nutzen Sie zur Befundbeschreibung bitte das Beiblatt: Körperschemata und Verletzungstabellen
Die Befunde vollständig in die **Körperschemata** einzeichnen und in den **Tabellen** beschreiben.

Kopf	Behaarte Kopfhaut (absuchen, abtasten, kahle Stellen?)	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Stirn- / Schläfenregion	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Augen, incl. Bindehäute	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Ohren, incl. Rückseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Nase / Nasenöffnungen	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Wangen	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Mund (Lippenrot, Zähne, Schleimhaut)	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Kinn	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Liegen punktförmige Einblutungen (Stauungszeichen) vor?	<input type="checkbox"/> ja ▼	<input type="checkbox"/> nein
		Haut der Augenlider	<input type="checkbox"/> ja
	Augenbindehäute	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Haut hinter den Ohren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Gesichtshaut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	Mundvorhofschleimhaut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hals	Vorderseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Nacken	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Thorax	Mammae	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Brustkorb-Vorderseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Rücken	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Arme	Schultern	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Oberarme, auch Innenseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Unterarme / Handgelenke	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Hände	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Abdomen		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Gesäß		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Genitalbereich		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Beine	Oberschenkel, auch Innenseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Unterschenkel	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Füße	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.

Fotodokumentation

Wurde eine Fotodokumentation durchgeführt? ja

nein

Anzahl der Aufnahmen:

Wo archiviert:

Immer mit Maßstab/Winkellineal fotografieren – Detail- und Übersichtsaufnahmen

Befunde und Ergebnisse

Röntgen ja, Befund: nein

Sono ja, Befund: nein

Urin-Stix ja, Befund: nein

Labor (Blut) ja, Befund: nein

Abstrich ja, wo: nein

Konsil ja, wer: nein

Spurensicherung

Wurden Spuren am Körper gesichert? ja

nein

Wenn ja, Art der Spuren:

Abstrich für DNA, Entnahmeort

Fingernagelränder Anderes

Wo gelagert?

Für Abstrich immer Papierbehälter nutzen (kein Plastik). Auf dem Behälter Datum, Uhrzeit und Patientendaten vermerken. Behälter versiegeln!

Weiterführende Maßnahmen

Folgetermin ja, Datum: nein

Überweisung / Einweisung ja, wohin: nein

AU ausgestellt ja, von bis nein

Vermittlung in Schutzeinrichtung ja, wohin: nein

Vermittlung an Beratungsstelle ja, wohin: nein

Notfallkarte ausgehändigt ja nein

Anderes

Fragen zum Schutzbedürfnis

Ist eine stationäre Aufnahme sinnvoll / möglich / gewünscht?

Möchte die Patientin in ein Frauenhaus / in eine Zufluchtswohnung?

Möchte die Patientin / der Patient zu einer Freundin / einem Freund oder Verwandten?

Sind Kinder mit betroffen? Wenn ja, sind sie sicher und gut versorgt?

Unterschrift Ärztin / Arzt

Unterschrift Pflegekraft / MFA



S.I.G.N.A.L. e.V.

Intervention im
Gesundheitsbereich
gegen Gewalt

Der Dokumentationsbogen wurde in der interdisziplinären Fachgruppe „Rechtssichere Dokumentation“ der Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. erstellt unter Berücksichtigung des Dokumentationsvordruck von Grassberger/Hochmeister (Wien, 2008). Beteiligt waren Vertreter/-innen des Instituts für Rechtsmedizin und der Rettungsstelle Campus Virchow der Charité Universitätsmedizin Berlin, der Polizei Berlin, des Krisen- und Beratungszentrums LARA sowie Rechtsanwältinnen. Letzte Aktualisierung Juli 2013.

Bezugsadresse: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungsstelle
Sprengelestr. 15, 13353 Berlin, Telefon (030) 27 59 53 53
als PDF oder Online-Formular von der Homepage www.signal-intervention.de.

Der Dokumentationsbogen wird unterstützt von:



Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Körperschemata und Befundtabellen

Patient/in	Name:	Geburtsdatum:
Arzt/Ärztin	Name:	Tagesdatum:

Art der Verletzung (letzte Spalte in der Tabelle)

A Abschürfung **B** Hämatom **C** Riss-/ Quetschwunde **D** Fraktur **E** Schnitt-/ Stichwunde **F** Thermische Verletzung

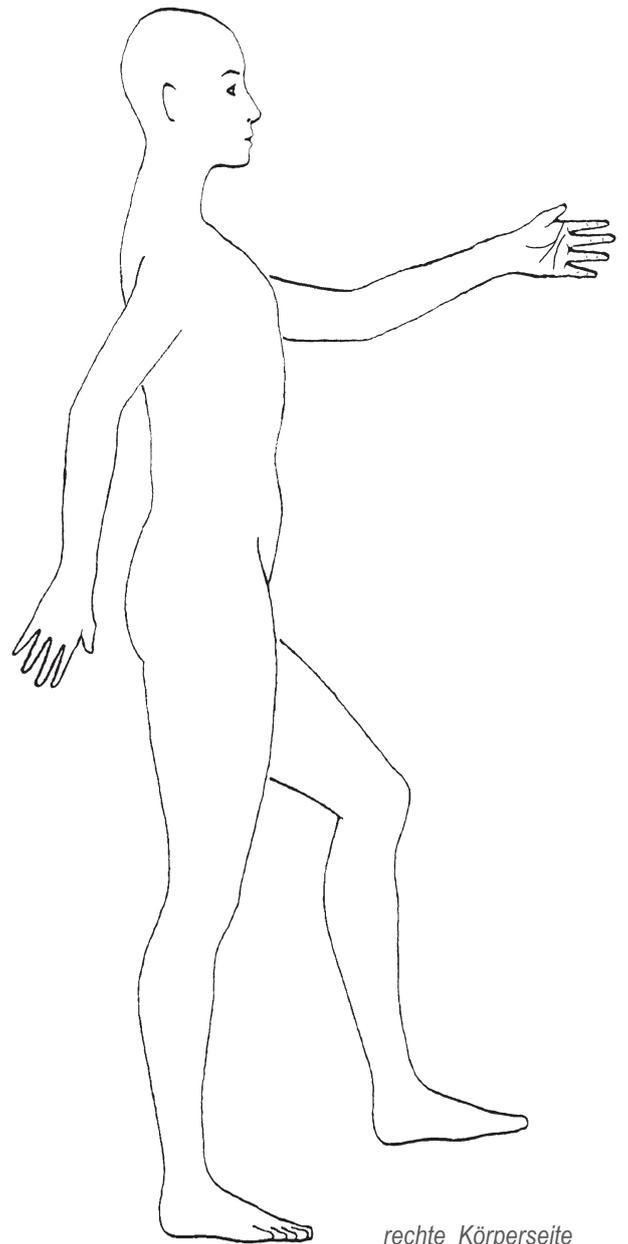
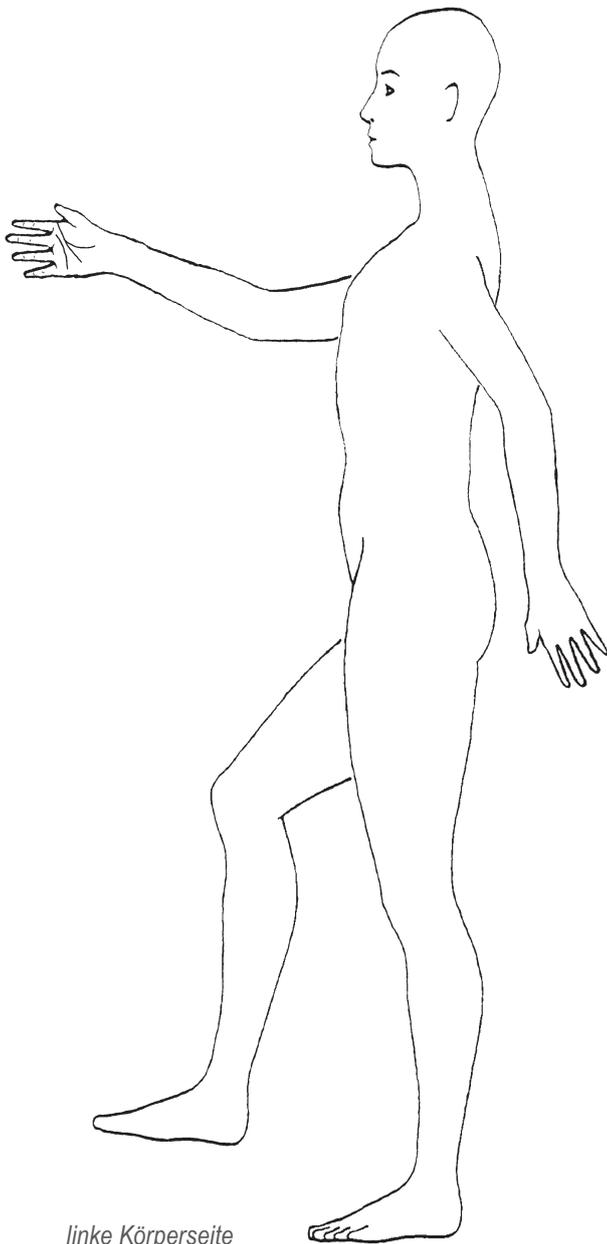
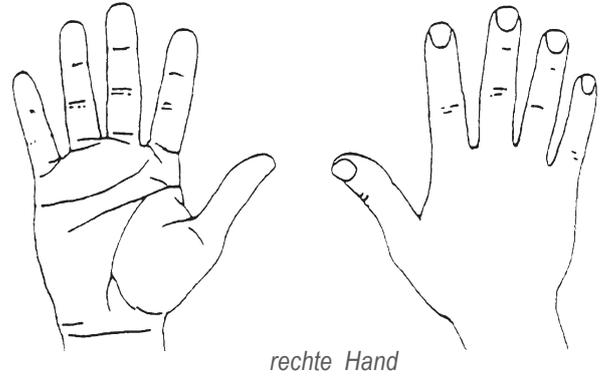
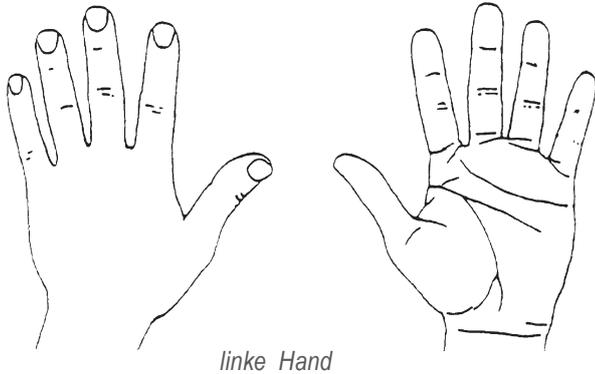
Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Farbe, Form, Wundränder)	Art
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Tabelle / A

Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen (Schemata zur Befundtabelle)

Dokumentieren Sie alle Verletzungen, die Sie sehen. Zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata.

Patient/in	Name:
------------	-------



Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen

Notieren Sie die Charakteristika jeder Verletzung (Größe, Farbe, Form, Wundränder) in der Tabelle unter der entsprechenden Ziffer aus den Körperschemata. Weisen Sie jeder Verletzungsart den entsprechenden Buchstaben zu.

Patient/in	Name:
-------------------	-------

Art der Verletzung (letzte Spalte in der Tabelle)

A Abschürfung **B** Hämatom **C** Riss-/ Quetschwunde **D** Fraktur **E** Schnitt-/ Stichwunde **F** Thermische Verletzung

Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Farbe, Form, Wundränder)	Art
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Tabelle / B

Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen (Schemata zur Befundtabelle)

Dokumentieren Sie alle Verletzungen, die Sie sehen. Zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata.

Patient/in	Name:
------------	-------

