

Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation

Ort der Untersuchung:	Patient/in: (ggf. Klebeetikett)
Ärztin/Arzt: _____ Tel. _____	Geb.-Datum: _____ Tel.: _____
Zugewiesen von:	Adresse: _____
Beginn der Untersuchung: _____ : _____ <small>(Datum) (Uhrzeit)</small>	Im Beisein von: _____

PATIENTEN-BASISDOKUMENTATION			
Körpergröße: _____	Gewicht: _____	Patient/in ist:	<input type="checkbox"/> Rechtshänder/in <input type="checkbox"/> Linkshänder/in
Psychische Verfassung bei Untersuchung:	Bewusstsein	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> bewusstlos	Verdacht auf
		<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen- bzw. Med.-Konsum	
Sprachliche Verständigung:	<input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> Übersetzung notwendig	↳ durch wen: _____	
Besondere Gefahrenmomente für medizinisches Personal	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

ANGABEN ZUM EREIGNIS			
Ort: _____	<input type="checkbox"/> Verursacher bekannt		
Zeit: _____ (Datum) _____ : _____ (Uhrzeit)	<input type="checkbox"/> Verursacher unbekannt	Anzahl: _____	
(ungefähre) Dauer des Vorfalls: _____			

Möglichst genaue **Darstellung des Sachverhaltes**, Art der Gewaltanwendung/Gewalteinwirkung, subjektive **Beschwerden**:
(Grundlage für klinische Untersuchung und gezielte Spurensicherung, Keine Suggestivbefragung!)

Gibt es Zeugen des Vorfalls (z. B. Kinder, Nachbarn)?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
↳ Falls ja, sind diese ebenfalls betroffen/verletzt?			
Wurden Tatmittel (Werkzeug, Waffe) benutzt?	<input type="checkbox"/> ja, welche:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Wurde seitens des/der Geschädigten Widerstand geleistet ?	<input type="checkbox"/> ja:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Hat Patient/in den Verursacher gekratzt ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
↳ Falls ja, Unterseite der Fingernägel der rechten und linken Hand mit je einem feuchten Wattetupfer abreiben (DNA!).			
Fand eine Gewalteinwirkung gegen den Hals statt (Würgen, Drosseln)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
↳ <input type="checkbox"/> Stauungszeichen (siehe nächste Seite)			
<input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit			
<input type="checkbox"/> Schwindel			
<input type="checkbox"/> Urin- und/oder Stuhlabgang			
<input type="checkbox"/> Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden			
Wurden vor, während oder nach dem Vorfall Alkohol, Drogen- bzw. Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja wann, was, wieviel:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Handelt es sich um einen Wiederholungsfall?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> k. A.

Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation

Vorläufige medizinische Beurteilung:
Weiterführende Maßnahmen (z. B. Konsiliaruntersuchung, psychologische Beratung, Verständigung der Exekutive etc.):
Information über Opferschutzeinrichtungen erfolgt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bemerkungen:
Ende der Untersuchung: _____ Uhrzeit: ____ : ____ Unterschrift Ärztin/Arzt: _____

WEITERGABE DER BEWEISMITTEL	
Asservate (Kleidung, Tatmittel, Projektile, Exzidate etc.):	
Übergeben von: _____ (Blockschrift)	Übernommen von: _____ (Blockschrift)
Datum und Unterschrift: _____ , _____	Datum und Unterschrift: _____ , _____

FOTODOKUMENTATION	
Wurde eine Fotodokumentation durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Anzahl der angefertigten Aufnahmen: _____
↳ wenn „nein“, warum nicht:	
↳ wenn „ja“, wo archiviert:	
Empfehlungen zur Untersuchung und Fotobasisdokumentation:	