

Angaben zur Patientin / zum Patienten

Landeskrankenhaus

STEMPEL

Name:

Arzt/Ärztin:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Bitte sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Gesprächs- und Untersuchungsatmosphäre!

Je sorgfältiger und genauer Sie dokumentieren, desto besser wird dieser Bogen auch für juristische Zwecke verwertbar sein.

Stellen Sie direkte, aber offene Fragen.

(„Ich habe den Eindruck, Ihre Verletzungen sind durch körperliche Gewalt entstanden. Möchten Sie schildern, wie Ihre Verletzungen entstanden sind?“) Notieren Sie die eigenen Worte der/des Patientin/Patienten, die Angaben über den Hergang und wer daran beteiligt/zugegen war. Wer hat den Vorfall beobachtet?

Nicht vergessen: Zeitpunkt (Datum, Uhrzeit) und Dauer der Gewalttat.
Wurden Gegenstände als Waffen bei der Gewalttat benutzt?
Berichtet die/der Patient/in von sexuellen Gewalttaten, psychischen Misshandlungen oder ökonomischer Gewalt?
Falls Patient/in kein Deutsch spricht oder gehörlos ist: Wie hat das Anamnesegespräch stattgefunden?
Angaben zur Person, die die Verletzung verursachte:

Befunde und ErgebnisseRöntgen: Ja Nein Befund: _____Sono: Ja Nein Befund: _____Urin-Stix : Ja Nein Befund: _____Abstriche: Ja Nein Wo: _____

Konsil: _____

Fotos: Ja Nein Anzahl: _____ (immer mit Maßstab)**Diagnose / Verdachtsdiagnose:**Spurenträger sichergestellt (z.B. Kleidungsstücke) [in Papiertüte, Karton, Stofftasche –nie Plastik!] Ja Nein

Welche / Wo: _____

Stationäre Aufnahme erforderlich Ja Nein

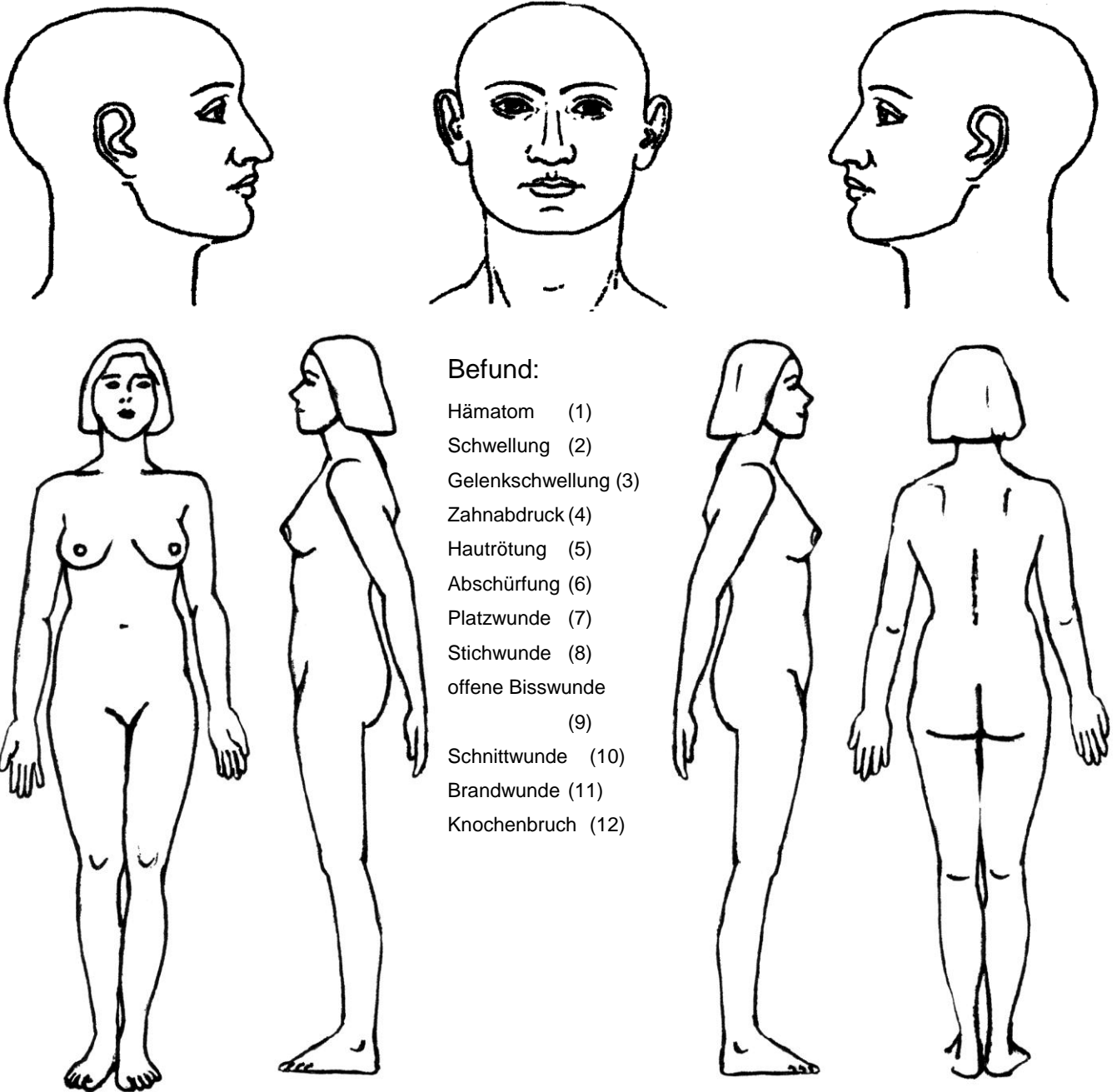
Untersuchung							Befundbeschreibung der einzelnen Verletzungen (ggf. gesondertes Blatt):
	Rötung/Violett- verfärbung	Schwellung	Druckschmerz	oberflächlicher Hautdefekt	tieferreichender Hautdefekt	Sonstiges (z.B. Petechien)	
Kopf							
behaarte Region	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Stirn / Schläfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ohren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wangen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mund	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hals							
Vorderseite / Kehlkopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Neurologischer Status (ggf. gesondertes Blatt) Bestehen anamnestische Angaben und/oder Anzeichen für eine Gewalteinwirkung gegen den Hals oder das Gesicht bzw. den Schädel? Gibt es Auffälligkeiten bei den neurologischen Befunden oder der Anamnese (z.B. Bewusstseinsstörung/Amnesie; auffälliger Reflexstatus; Einschränkungen der Beweglichkeit oder der Sensibilität)?
Rückseite / Nacken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Thorax							
Mammae	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vorderseite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schultern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arme							
Oberarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Abdomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lendenregion / Gesäß	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Genitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Beine							
Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterschenkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Füße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Befundbericht zur seelischen Verfassung (ggf. gesondertes Blatt):

(z.B. Patientin weint, zittert - wirkt verzweifelt, hilflos, verängstigt, verwirrt, schockiert, apathisch, gefasst - sagt immer wieder das gleiche, antwortet nicht oder ausweichend auf Fragen, spricht zusammenhanglos, berichtet klar und verständlich)

--	--

Skizze: Kennzeichnen Sie mit der entsprechenden Ziffer welche Verletzung wo festgestellt wird.



Markieren und beschreiben Sie alle Hämatome, Bissspuren, Abschürfungen etc.

Geben Sie bitte auch - gesondert gekennzeichnet - ältere Verletzungen an (evtl. mit Datum der Entstehung)

Ort, Datum, Unterschrift:

Abklären des Schutzbedürfnisses

Patientin/Patient geht nach Hause ja nein
Patientin geht in die FrauennotWohnung zu Freundinnen zu Verwandten
Benötigt Polizeischutz ja nein
Falls ja, Polizeiinspektion _____
Datum/Uhrzeit _____ Name des/der Beamten/in _____

Leitfaden über Hilfsangebote und Notruf

Patientin hat Notfallkarte erhalten ja nein
Vermittlung an IfS-Interventionsstelle Vorarlberg, andere Beratungseinrichtungen ja nein

Weitere Behandlung

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt? ja nein
Patientin/Patient wurde darauf hingewiesen, sich bei uns zu melden, falls neue Symptome wie Schmerzen, Blauverfärbungen, Schwellungen, etc. auftauchen ja nein
Wurde ein neuer Termin vereinbart? ja nein
Wann/ Wo/Datum: _____
Patientin/Patient über Archivierung und Sinn des Dokumentations-Bogens informiert? ja nein

Sonstiges / Auffälligkeiten:

Fremdeinwirkung vermutet, Begründung des Verdachts:

Entbindung von der Schweigepflicht (gilt für Deutschland)*

Die durchgeführte Untersuchung einschließlich der Sicherstellung von Spuren erfolgte im Rahmen einer ärztlichen Behandlung und unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht. Eine Mitteilung über die Untersuchung oder die Weitergabe von Untersuchungsergebnissen an andere Personen und insbesondere Ermittlungsbehörden kann nur aufgrund der Entbindung von der Schweigepflicht oder auf richterliche Anordnung erfolgen.

Mit der Entbindung, der hier behandelnden Ärzte/Ärztinnen sowie des Assistenzpersonals, von der Schweigepflicht insbesondere gegenüber Ermittlungsbehörden (z.B. Polizei) sowie dem Gericht – für den Fall, dass ich z.B. Anzeige erstatte - erkläre ich mich

einverstanden

(nicht zutreffendes bitte streichen)

nicht einverstanden

Ich weiß, dass ich mein Einverständnis nachträglich geben bzw. jederzeit widerrufen (nur eingeschränkt für das Weitere wirksam) kann.

* Handhabung in Österreich lt. gesetzlicher Grundlage!

Datum/Unterschrift _____