

Angaben zur Patientin

Klinikum Konstanz

STEMPEL

Name:

Datum, Uhrzeit:

Geburtsdatum:

Arzt/Ärztin:

Anschrift:

Körpergröße: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft:

Ja  Nein

Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Kommunikationsfähigkeit:

Ja  Nein

(z.B. Alkoholeinfluss)

Falls Patientin kein Deutsch spricht oder gehörlos ist: Wie hat das Anamnesegespräch stattgefunden?

## 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?“)

Geschilderter Hergang und Vorgeschichte, beteiligte Personen, Zeugen (in den Worten der Patientin):

Nicht vergessen: Zeitpunkt (Datum, Uhrzeit) und Dauer der Gewalttat.

Wurden Gegenstände als Waffen bei der Gewalttat benutzt?

Berichtet die Patientin von sexuellen Gewalttaten, psychischen Misshandlungen oder ökonomischer Gewalt?

Angaben zur Person, die die Verletzung verursachte: \_\_\_\_\_

Vorgeschichte / Angabe zu eventuellen früheren Misshandlungen:

Beschwerden (insbesondere Schmerzlokalisierung):

## Befunde und Ergebnisse

Röntgen: Ja  Nein  Befund: \_\_\_\_\_

Sono: Ja  Nein  Befund: \_\_\_\_\_

Urin-Stix : Ja  Nein  Befund: \_\_\_\_\_

Abstriche: Ja  Nein  Wo: \_\_\_\_\_

Konsil: \_\_\_\_\_

Fotos: Ja  Nein  Anzahl: \_\_\_\_\_ (immer mit Maßstab)

Blutentnahme: Ja  Nein  wohin gegeben: Polizei  Labor  nur asserviert  Rechtsmedizin

Sonstige Asservate: \_\_\_\_\_  
wovon: \_\_\_\_\_

wohin gegeben: Polizei  Labor  nur asserviert  Rechtsmedizin

## Diagnose / Verdachtsdiagnose:

Spurenräger sichergestellt (z.B. Kleidungsstücke) [in Papiertüte, Karton, Stofftasche –nie Plastik!] Ja  Nein

Welche / Wo: \_\_\_\_\_

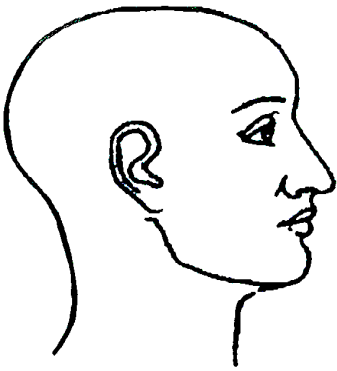
Stationäre Aufnahme erforderlich Ja  Nein

Sind bleibende Schäden zu erwarten? Ja  Nein  welcher Art: \_\_\_\_\_

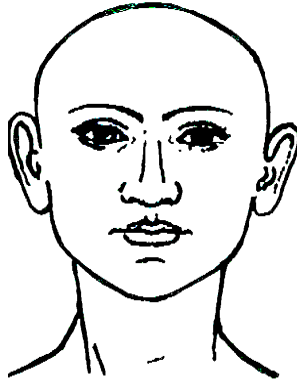
<b>Untersuchung</b>							<b>Befundbeschreibung der einzelnen Verletzungen</b> (ggf. gesondertes Blatt):
	Rötung/Violett-Verfärbung	Schwellung	Druckschmerz	oberflächlicher Hautdefekt	tieferreichender Hautdefekt	Sonstiges (z.B. Petechien)	
<b>Kopf</b>							
behaarte Region	<input type="checkbox"/>	<input 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"/>	
<b>Hals</b>							
Vorderseite / Kehlkopf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Neurologischer Status</b> (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"/>	
<b>Thorax</b>							
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"/>	
<b>Schultern</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Arme</b>							
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"/>	
<b>Abdomen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Lendenregion / Gesäß</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Genitale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Beine</b>						<input type="checkbox"/>	
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"/>	
<b>Befundbericht zur seelischen Verfassung</b> (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.

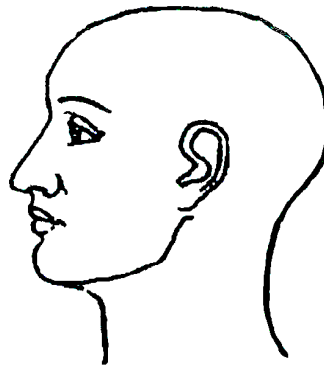
Rechte Seite



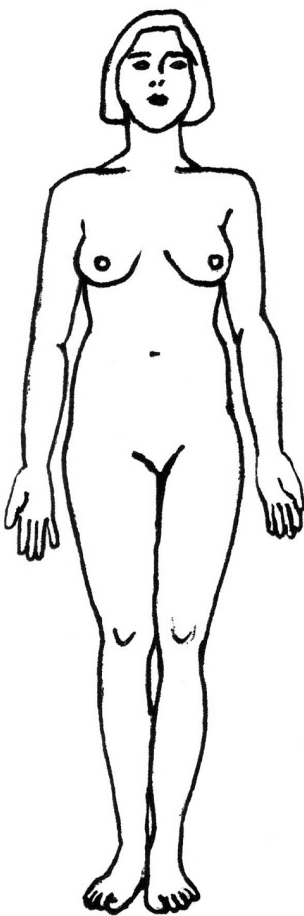
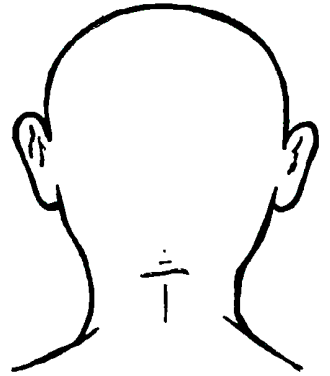
Vorderansicht



Linke Seite

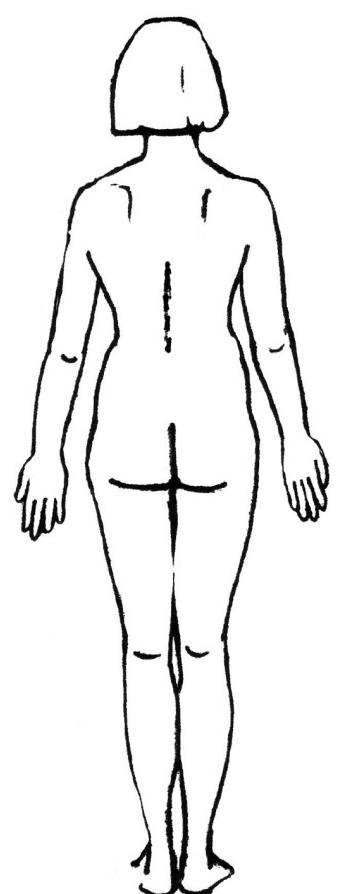
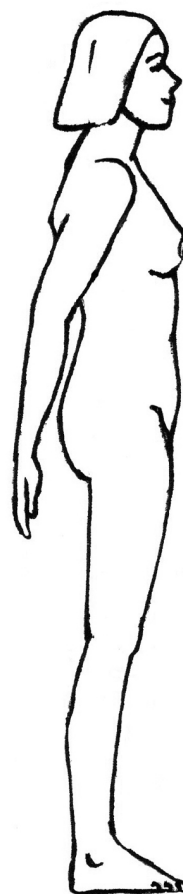


Rückansicht



**Befund:**

- Hämatom (1)
- Schwellung (2)
- Gelenkschwellung (3)
- Zahnabdruck (4)
- Hautrötung (5)
- Abschürfung (6)
- Platzwunde (7)
- Stichwunde (8)
- Bisswunde (9)
- Schnittwunde (10)
- Brandwunde (11)
- Knochenbruch (12)
- Würgemal (13)
- Sonstiges (14)



**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 geht nach Hause ja  nein   
Patientin wird stationär aufgenommen ja  nein   
Patientin geht ins Frauenhaus  zu Freunden/Freundinnen  zu Verwandten   
Benötigt Polizeischutz ja  nein   
Falls ja, Polizeidienststelle \_\_\_\_\_  
Datum/Uhrzeit \_\_\_\_\_ Name des/der Beamten/in \_\_\_\_\_

## Leitfaden über Hilfsangebote und Notruf

Patientin hat Notfallkarte erhalten ja  nein   
Vermittlung an Frauen helfen Frauen in Not e.V. ja  nein

## Weitere Behandlung

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt? ja  nein   
Patientin 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: \_\_\_\_\_  
Voraussichtlich notwendige Behandlungsdauer: \_\_\_\_\_  
Patientin über Archivierung und Sinn des Dokumentations-Bogens informiert? ja  nein

## Sonstiges / Auffälligkeiten:

Fremdeinwirkung vermutet, Begründung des Verdachts: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Entbindung von der Schweigepflicht

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.

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_