

S.I.G.N.A.L. – Dokumentationsbogen zu häuslicher Gewalt

(in Anlehnung an Materialien des Hessischen Sozialministeriums und der Universitätskliniken Liel und Lübeck)

Angaben zur Patientin/zum Patienten

nutzen Sie wenn möglich das Patient/inn/en-Etikett

Name

Geburtsdatum

Adresse

.....

Angaben zur Ärztin/zum Arzt

Name

Ort der Untersuchung

Datum d. Untersuchung

Uhrzeit d. Untersuchung

Bitte sorgen Sie für eine ungestörte Gesprächs- und Untersuchungssituation und dafür, dass Sie mit der Patientin / dem Patienten alleine sind. Stellen Sie direkte und offene Fragen. Bestehen Sie nicht auf Angaben, die die Patientin / der Patient nicht machen möchte. Notieren Sie mit den Worten der Patientin/des Patienten die Angaben über das Geschehen.

Beispiel für eine Gesprächseinleitung: "Ich habe den Eindruck, dass Ihre Verletzungen durch Gewaltanwendungen entstanden sind. Möchten Sie schildern, wie es zu Ihren Verletzungen kam?"

Bitte denken Sie auch an die

Angaben zum Zeitpunkt oder Zeitraum des Gewaltgeschehens (Datum, Uhrzeit, Zeitraum)

Angaben zu ggf. eingesetzten Werkzeugen

Angaben über sexuelle und/oder psychische Gewalterfahrungen

Angaben zu Personen, die die Gewaltsituation beobachtet haben

Angaben über das Geschehen

.....

Angaben zur Person/zu Personen, die die Verletzungen verursacht hat/haben

.....

Befunde und Ergebnisse

Röntgen ja nein Befund:

Sono ja nein Befund:

Urin-Stix ja nein Befund:

Abstrich ja nein Wo:

Konsil ja nein Wer:

Fotos ja nein Anzahl:

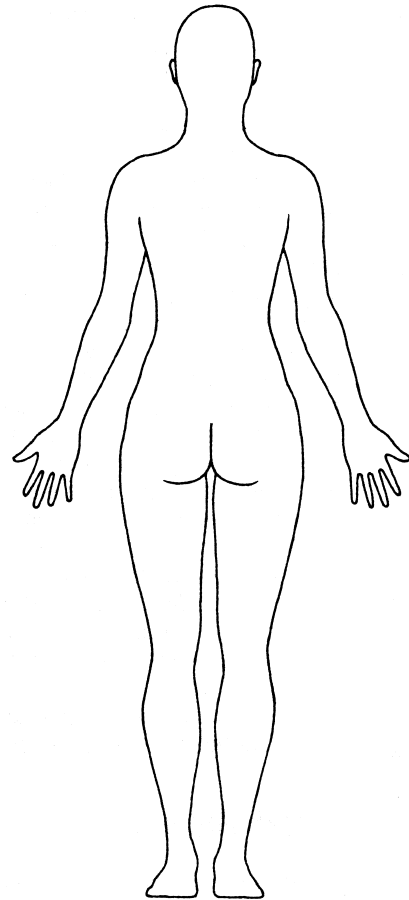
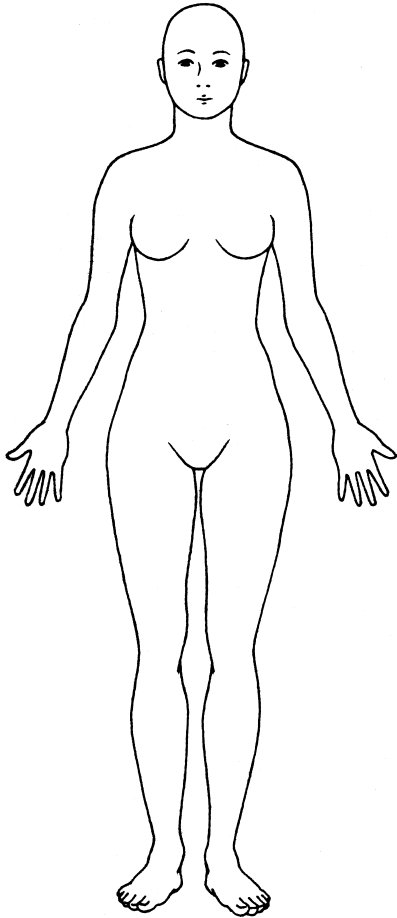
digital konventionell

Spurenräger ja nein Welche/Wo:

Für Spurenräger immer Papierbehälter –nie Plastik– nutzen. Auf dem Behälter Datum, Uhrzeit und Patientennamen notieren.

Verletzungsmuster und Verletzungslokalisierung

Dokumentieren Sie **alle** Verletzungen, die Sie sehen. Kennzeichnen Sie die Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern und beschreiben Sie die Einzelheiten unter Angabe des entsprechenden Buchstabens der Legende in der Tabelle. Notieren Sie Größe, Alter und Charakteristika jeder Verletzung.



Legende

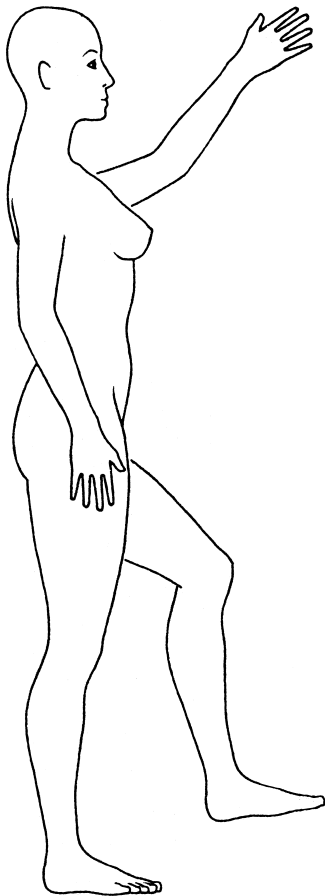
A Hämatom **B** Schürfwunde **C** Riss/Quetschwunde **D** Schnittwunde **E** Stichwunde **F** Brandwunde **G** Fraktur

Bei Fragen zu Verletzungsbefunden allgemein oder im konkreten Behandlungsfall wenden Sie sich bitte an ein rechtsmedizinisches Institut.

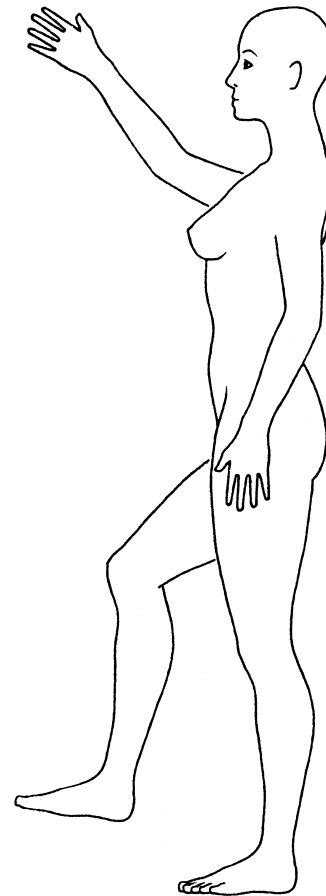
Nr.	Art (lt. Legende)	Größe (mm / cm)	Alter (Std./Tage)	Charakteristika, Besonderheiten, Schmerz
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Verletzungsmuster und Verletzungslokalisierung

Dokumentieren Sie **alle** Verletzungen, die Sie sehen. Kennzeichnen Sie die Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern und beschreiben Sie die Einzelheiten unter Angabe des entsprechenden Buchstabens der Legende in der Tabelle. Notieren Sie Größe, Alter und Charakteristika jeder Verletzung.



rechte Körperseite



linke Körperseite

Legende

A Hämatom **B** Schürfwunde **C** Riss/Quetschwunde **D** Schnittwunde **E** Stichwunde **F** Brandwunde **G** Fraktur

Bei Fragen zu Verletzungsbefunden allgemein oder im konkreten Behandlungsfall wenden Sie sich bitte an ein rechtsmedizinisches Institut.

Nr.	Art (lt. Legende)	Größe (mm / cm)	Alter (Std./Tage)	Charakteristika, Besonderheiten, Schmerz
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

Beschwerden insbesondere Schmerzlokalisierung

[Empty text area for symptoms]

Psychische Situation

[Empty text area for psychological situation]

Diagnose / Verdachtsdiagnose

[Empty text area for diagnosis]

Voraussichtlich notwendige Behandlungsdauer

Wurde ein erneuter Termin vereinbart ja, Datum nein

Überweisungsschein ausgestellt ja, wohin nein

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ja, ausgestellt am nein

Fragen zum Schutzbedürfnis der Patientin/des Patienten

- Ist eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus bis zum nächsten Tag sinnvoll/möglich?
- Möchte die Patientin in ein Frauenhaus oder an einen anderen sicheren Ort gebracht werden?
- Möchte die Patientin/der Patient zu einer Freundin/Freund oder Verwandten?
- Sind Kinder involviert, die ebenfalls Schutz benötigen?

Abschließend

Patientin/Patient hat Informationsmaterial über lokale Hilfeeinrichtungen erhalten ja nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt

Assistenz bei Untersuchung
Name und Funktion in Blockschrift