

Standort der Untersuchung: _____

Ärztin/Arzt GSA: _____ Tel: _____

Ärztin/Arzt Gyn/Chir: _____ Tel: _____

im Beisein von: _____

Patientin/Patient: _____

Geb.-Datum: _____ Tel: _____

Adresse: _____

Etikett

Codieren: Z 04.5

Beginn der Untersuchung d. GSA: _____ : _____
(Datum) (Uhrzeit)

Beginn der Untersuchung d. Gyn/Chir: _____ : _____
(Datum) (Uhrzeit)

Sprachliche Verständigung: fließend deutsch gebrochen deutsch Gebärdensprache

Übersetzung aus _____ (Sprache) durch _____ (Dolmetscher) _____ (ggf. Muttersprache)

Untersuchung erfolgt im Auftrag von:

Polizei Patientin/Patient

Pol. AZ: _____

Dienststelle: _____

INFORMATION und ggf. SCHWEIGEPFLICHTSENTBINDUNG

Ich wurde über den Zweck der körperlichen Untersuchung, die Dokumentation von Verletzungsbefunden, die Sicherstellung von Beweismitteln und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert und erteile hierzu meine Einwilligung. Die Probenabgabe erfolgte freiwillig.

Der toxikologischen Blut/Urin Untersuchung stimme ich zu lehne ich ab

Der Laboruntersuchung HIV: stimme ich zu lehne ich ab

Hepatitis B-C: stimme ich zu lehne ich ab

Ich entbinde die behandelnden Ärzte hinsichtlich der Untersuchung der an mir begangenen sexualisierten Gewalt von der Schweigepflicht. Mit der Aushändigung einer Kopie dieses Berichts und des Untersuchungsmaterials einschließlich einer Speichelprobe an die Polizei zum Zwecke des Strafverfahrens bin ich einverstanden.

Ich wurde über den Zweck der körperlichen Untersuchung, die Dokumentation von Verletzungsbefunden, die Sicherstellung von Beweismitteln und die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen informiert und erteile hierzu meine Einwilligung. Die Probenabgabe erfolgte freiwillig und auf meinen eigenen Wunsch hin. Ich wurde darüber informiert, dass die Lagerung der Beweismittel in der Gewaltschutzambulanz der Charité für 1 Jahr erfolgt, danach werden die Beweismittel vernichtet, ohne dass ich darüber erneut informiert werde. Innerhalb des 1 Jahres vom heutigen Datum an kann die Herausgabe der Beweismittel an die Polizei erfolgen, wenn ich eine polizeiliche Anzeige erstatte, der Aushändigung der Berichte und der Beweismittel zustimme und die Ärzte hinsichtlich der Untersuchung der an mir begangenen sexualisierten Gewalt von der Schweigepflicht entbinde.

Berlin, _____ Datum) Unterschrift der Patientin/des Patienten _____ (ggf. des gesetzlichen Vertreters)

Kurze Darstellung des Sachverhaltes und Art der Gewaltanwendung:

(Grundlage für klinische Untersuchung und gezielte Spurensicherung. Achtung: Keine Befragung von Kindern, vorher Einschätzung der Reife)

Orale Penetration	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> versucht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Vaginale Penetration	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> versucht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Anale Penetration	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> versucht	<input type="checkbox"/> weiß nicht
Penetration mit	<input type="checkbox"/> Finger	<input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/> Gegenstand	<input type="checkbox"/> weiß nicht

Wurde ein Kondom verwendet?
 ja, Verbleib: _____ nein weiß nicht

Wurden zur Reinigung Taschentücher oder dgl. verwendet?
 ja, was, Verbleib: _____ nein weiß nicht

Hat sich Patientin/Patient zwischen Tat und Untersuchung abgewischt, gewaschen, geduscht; die Kleidung gewechselt, den Mund gespült, uriniert, Stuhlgang?
 ja, was: _____ nein weiß nicht

Haben Sie Erinnerungslücken (von-bis) ja _____ nein weiß nicht
Wenn ja, haben Sie eine Erklärung dafür? _____

Wenn ja, haben Sie Gedächtnisinseln? ja _____ nein weiß nicht

Haben Sie vor, während oder nach der Tat Alkohol, Drogen- bzw. Medikamente eingenommen?
 ja, wann, was, wieviel: _____ nein weiß nicht

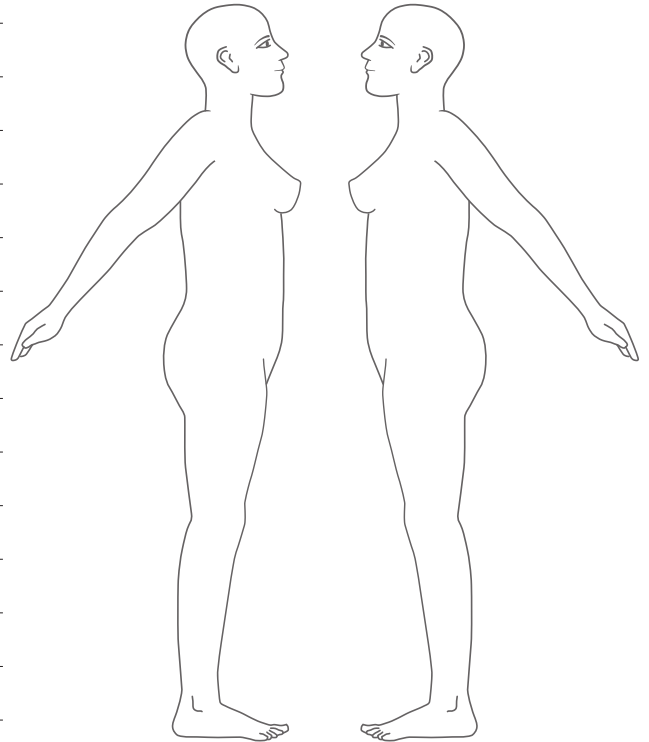
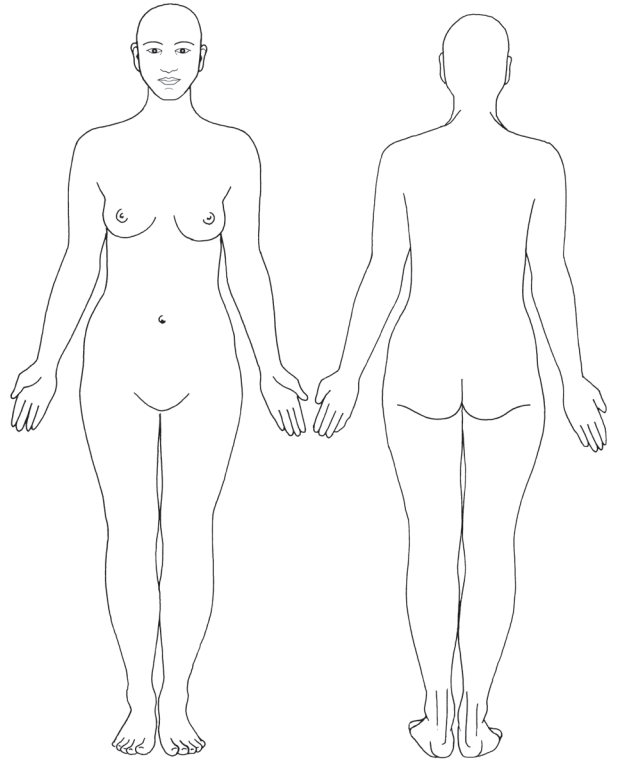
<p>KIT Set zur Spurensicherung</p>	<p>UNTERSUCHUNG UND SPURENSICHERUNG keine Ausstriche auf Objektträger</p>	<p>Sichergestellt</p>
<p>Schritt 1</p>	<p>2 Abstriche Oral (mit zwei trockenen Wattetupfern)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Schritt 2</p>	<p>Kleidung, insbes. Unterwäsche einzeln in Papiersäcke verpacken und beschriften (nicht bei VSS)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Schritt 3</p>	<p>Spuren am Körper:</p> <p>Erfolgte eine Ejakulation? <input type="checkbox"/> ja, wohin: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <small>(Ejakulat auf Hautoberfläche am angegebenen Ort mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small> _____ _____ _____</p> <p>Verklebte Kopfhare vorhanden? (verklebte Haare abschneiden) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Hat Sie der Täter irgendwo geküsst, geleckt, gesaugt, gebissen? <input type="checkbox"/> ja, was, wo: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <small>(Speichelspuren auf der Haut am angegebenen Ort mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small> _____ _____ _____</p> <p>Haben Sie den Täter gekratzt? <input type="checkbox"/> ja, wo: _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <small>(Falls ja, Unterseite der Fingernägel der re und li Hand mit je einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small> _____ _____ _____</p> <p>Hat der Täter Sie gewürgt, gedrosselt, Ihnen den Mund zugehalten? <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht <small>(Bei Würgen/Drosseln Halsvorderseite mit einem feuchten Wattetupfer abreiben, bei Mund Zuhalten die Lippen mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small></p> <p>Andere Spuren vorhanden? <small>(Fremdkörper, Spuren in Papiertüten sicherstellen u. beschriften)</small> <input type="checkbox"/> ja _____ <input type="checkbox"/> nein _____ _____ _____ _____ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>

Schritt 4

Körperliche Untersuchung / Verletzungen / Schmerzen

(Befunde wie Abschürfungen, Blutunterlaufungen, Kratzspuren auf Körperschemata dokumentieren. Lokalisation, Größe, Farbe genau beschreiben).
Nach Möglichkeit Fotodokumentation mit Maßstabswinkel. Beschreibung auf Zeilen.

Horizontal lines for text input, alternating with the body diagrams.



Fotodokumentation: ja nein

Ablauf zur Fotodokumentation:

- 1: Patienten-Barcodeetikett fotografieren
- 2: alle weiteren Fotos immer mit Maßstabswinkel fotografieren
- 3: alle Fotos auf Speichermedium sichern (CD, USB-Stick, o.ä.)

Sichergestellt

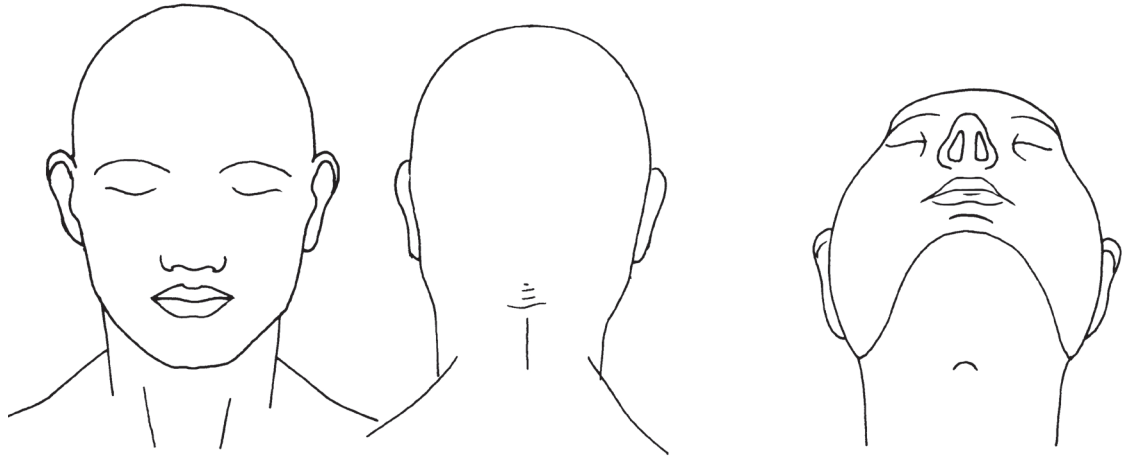
ja nein

KIT
Set zur Spurensicherung

UNTERSUCHUNG UND SPURENSICHERUNG
keine Ausstriche auf Objektträger

Würgen / Drosseln? ja Bei Drosseln: Werkzeug _____

Falls ja: HNO Konsultation nein weiß nicht
(Stauungsblutungen in Augenbindehäuten, Augenlidern, Gesicht, Mundschleimhaut? Benommenheit, Bewusstlosigkeit? Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden, Heiserkeit? Urin- und/oder Kotabgang?)



Fotodokumentation: ja nein

Sichergestellt

ja nein

Ablauf zur Fotodokumentation:

- 1: Patienten-Barcodeetikett fotografieren
- 2: alle weiteren Fotos immer mit Maßstabswinkel fotografieren
- 3: alle Fotos auf Speichermedium sichern (CD, USB-Stick, o.ä.)

Schritt 5

Gynäkologische Untersuchung / weibliches Opfer

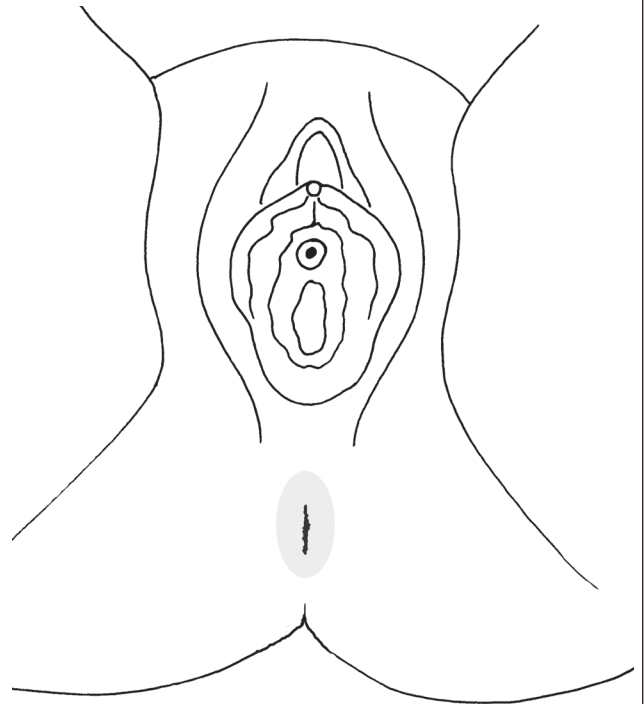
Schamhaare vorhanden? ja nein ja nein
 Wenn ja, verklebte Schamhaare vorhanden? (verklebte Haare abschneiden) ja nein ja nein
 Wenn ja, Schamhaare ausgekämmt? (mit Kamm auf Papierunterlage auskämmen) ja nein ja nein
 Tampon vorhanden? ja nein ja nein
 Fremdmaterial vorhanden? ja nein ja nein

1 Abstrich äußeres Genitale (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben) ja nein
 2 Abstriche Vagina (mit zwei trockenen Wattetupfern) ja nein
 2 Abstriche Zervikalkanal (mit zwei trockenen Wattetupfern) ja nein

Verletzungen im Genital- und Analbereich:
(Hautrötung, Schwellung, Blutunterlaufung, Schürfung, Einriss, Mikroverletzung)

Hymen intakt:

ja nein keine Aussage möglich



Fotodokumentation: ja nein

Sichergestellt

ja nein

Schwangerschaftstest positiv negativ nicht durchgeführt

Pille danach verabreicht ja nein

Männliches Opfer

1 Abstrich Glans, Sulcus coronarius und Penisschaft (mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)

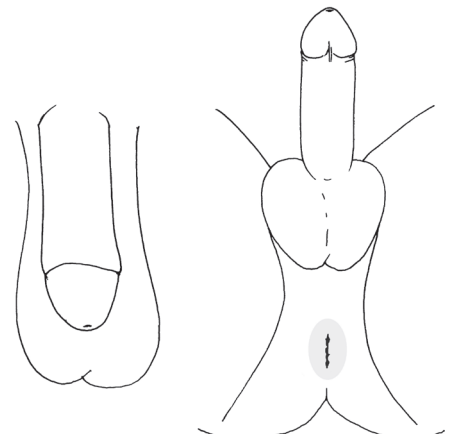
Sichergestellt

ja nein

1 Abstrich Peniswurzel und Haut Scrotum Wichtig bei evtl. Kondomgebrauch
(mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)

ja nein

Verletzungen im Genital- und Analbereich:



Fotodokumentation: ja nein

Sichergestellt

ja nein

Schritt 6	Anus und Rektum 2 Abstriche Anus (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben) 2 Abstriche Rektum (mit zwei feuchten Wattetupfern abreiben)	Sichergestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
------------------	--	--

Schritt 7	Blut/ Urin (Uhrzeit der Asservierung) (nicht bei VSS) _____ : _____ (Uhrzeit) Nativblut für Alkoholkonzentrationsbestimmung (10 ml Röhrchen nativ) Nativblut für chemisch-toxikologische Untersuchungen (10 ml EDTA 2x) Urin für chemisch-toxikologische Untersuchung (ca. 30 - 50 ml)	Sichergestellt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Serum für diagnostische Zwecke (HIV, Hepatitis B und C) (10 ml Serumröhrchen an Labor übermitteln)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Schritt 8	Weiterbehandlung durch: <input type="checkbox"/> Rettungsstelle <input type="checkbox"/> Infektiologie <input type="checkbox"/> Traumatologie <input type="checkbox"/> Internist <input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohren <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> Allgemeine Chirurgie <input type="checkbox"/> Urologie <input type="checkbox"/> Station _____
------------------	---

Schritt 9	Informationen zu Unterstützungsangeboten ausgehändigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____ (Beispielsweise Nicht erwünscht/Abgelehnt)
------------------	---

Ende der Untersuchung durch Gyn/Chir: _____ : _____ (Datum) (Uhrzeit) _____ Unterschrift Ärztin/Arzt	Stempel der Einrichtung
--	-------------------------

Ende der Untersuchung durch GSA: _____ : _____ (Datum) (Uhrzeit) _____ Unterschrift Ärztin/Arzt	Stempel der Einrichtung
---	-------------------------

Weitergabe der Beweismittel _____ : _____ (Datum) (Uhrzeit) <input type="checkbox"/> an Polizeidienststelle <input type="checkbox"/> andere _____ <input type="checkbox"/> Nativblut und/oder Urin für chem.-toxikol. Untersuchungen <input type="checkbox"/> KIT zur Spurensicherung <input type="checkbox"/> Blut für Alkoholkonzentrationsbestimmung <input type="checkbox"/> Fotodokument. auf Speichermedium <input type="checkbox"/> Papiersäcke mit Bekleidung _____ <input type="checkbox"/> Kopie Befundbericht Anzahl der Säcke	
Ausgehändigt: _____ Unterschrift / (Name in Druckbuchstaben)	
Entgegengenommen: Dienststelle _____ Tel. Nr. _____ _____ Unterschrift / (Name in Druckbuchstaben)	