

S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt

Angaben zum/zur Patient*in <i>Nutzen Sie wenn möglich das Patienten-Etikett</i>	Angaben zur Untersuchung
Name	Name Arzt* / Ärztin*
Geburtsdatum	Ort der Untersuchung
Adresse	Beginn der Untersuchung
Telefon	Datum Uhrzeit
	Im Beisein von
Sprachliche Verständigung: <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> mit Sprachmittlung, Sprache:	
Bewusstseinslage bei der Untersuchung <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> leicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> bewusstlos	

Einverständniserklärung
 Hiermit erkläre ich, dass die heutige Untersuchung und Dokumentation mit meinem Einverständnis erfolgt.
 Diese Einverständniserklärung beinhaltet keine Entbindung von der Schweigepflicht.

Ort, Datum Unterschrift

*Sorgen Sie für eine ungestörte Gesprächs- und Untersuchungssituation, und dass Sie mit d. Patient*in alleine sind. Bestehen Sie nicht auf Angaben, die d. Patient*in nicht machen möchte. Notieren Sie mit den Worten d. Patient*in kurz Angaben zum Ereignis.*

Angaben zum Ereignis
*Nach Darstellung der Geschädigten bzw. Patient*in: Grundlage für die Untersuchung. Keine Suggestivfragen!*

Ort Datum Zeitpunkt/Zeitraum (ca.)

Verursacher*in unbekannt, Anzahl Verursacher*in bekannt, Anzahl Wer

Handelt es sich um einen Wiederholungsfall? ja nein keine Angabe

Art der Gewaltanwendung/Gewalteinwirkung

.....

.....

.....

Wurden Gegenstände durch den/die Verursacher*in benutzt? ja ▼ nein keine Angabe
 Welche?

Gab es Abwehrhandlungen durch die Patient*in? ja nein keine Angabe

Fand Gewalteinwirkung gegen den Hals der Patient*in statt? (z.B. Würgen, Drosseln) ja ▼ nein keine Angabe

Stauungszeichen/Punktblutungen
 Aura/Wahrnehmungsstörung
 Bewusstlosigkeit
 Schwindel
 Urin- und Stuhlabgang
 Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden, Globusgefühl
 Heiserkeit

Fanden sexuelle Handlungen gegen den Willen der Patient*in statt? ja ▼ nein keine Angabe

Erfolgte Dokumentation Spurensicherung

Wo/durch wen? Wann?

Hat die Patient*in vor/nach dem Vorfall Alkohol, Drogen, Medikamente eingenommen? ja ▼ nein keine Angabe

Wann, was, wieviel?

Beschwerden (z.B. Schmerzlokalisierung, Hörminderung, Übelkeit/Erbrechen, Bewegungseinschränkung, Sehstörung)

Körperliche Untersuchung *Nutzen Sie zur Befundbeschreibung bitte das Beiblatt: **Körperschemata** und **Verletzungstabellen**. Die Befunde vollständig **in die Körperschemata einzeichnen** und **in den Tabellen beschreiben**.*

Kopf	Behaarte Kopfhaut (absuchen, abtasten, kahle Stellen?)	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Stirn- / Schläfenregion	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Augen, incl. Bindehäute	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Ohren, incl. Rückseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Nase / Nasenöffnungen	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Wangen	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Mund (Lippenrot, Zähne, Schleimhaut)	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Kinn	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Liegen punktförmige Einblutungen (Stauungszeichen) vor?	<input type="checkbox"/> ja ▼	<input type="checkbox"/> nein
		• Haut der Augenlider	<input type="checkbox"/> ja
	• Augenbindehäute	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Haut hinter den Ohren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Gesichtshaut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	• Mundvorhofschleimhaut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hals	Vorderseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Nacken	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Thorax	Mammae	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Brustkorb-Vorderseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Rücken	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Arme	Schultern	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Oberarme, auch Innenseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Unterarme/ Handgelenke	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Hände	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Abdomen		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Gesäß		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Genitalbereich		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Beine	Oberschenkel, auch Innenseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Unterschenkel	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Füße	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.

Fotodokumentation

Erfolgte eine Fotodokumentation von Verletzungen? ja nein

Anzahl der Aufnahmen:

Wo archiviert:

Immer mit Maßstab/Winkellineal fotografieren – Detail- und Übersichtsaufnahmen

Befunde und Ergebnisse

Röntgen	<input type="checkbox"/> ja, Befund:	<input type="checkbox"/> nein
Sono	<input type="checkbox"/> ja, Befund:	<input type="checkbox"/> nein
Urin (-test)	<input type="checkbox"/> ja, Befund:	<input type="checkbox"/> nein
Labor (Blut)	<input type="checkbox"/> ja, Befund:	<input type="checkbox"/> nein
Abstrich	<input type="checkbox"/> ja, wo:	<input type="checkbox"/> nein
Konsil	<input type="checkbox"/> ja, wer:	<input type="checkbox"/> nein

Spurensicherung

Wurden Spuren am Körper gesichert? ja nein

Wenn ja, Art der Spuren:

Abstrich für DNA, Entnahmeort

Fingernagelränder Anderes

Wo gelagert?

Für Abstrich immer Papierbehälter nutzen (kein Plastik). Auf dem Behälter Datum, Uhrzeit und Patientendaten vermerken. Behälter versiegeln!

Weiterführende Maßnahmen

Folgetermin ja, Datum: nein

Überweisung / Einweisung ja, wohin: nein

AU ausgestellt ja, von bis nein

Info / Vermittlung Schutzeinrichtung ja, wohin: nein

Info / Vermittlung Beratungsstelle ja, wohin: nein

Notfallkarte ausgehändigt ja nein

Information über Gewaltschutzambulanz ja nein

Anderes

Fragen zum Schutzbedürfnis

Ist eine stationäre Aufnahme sinnvoll / möglich / gewünscht?

Möchte die Patientin* in ein Frauenhaus / in eine Zufluchtswohnung?

Möchte d. Patient*in zu Verwandten oder Freund*in?

Sind Kinder mit betroffen? Wenn ja, sind sie sicher und gut versorgt?

Wenn Sie eine Kindeswohlgefährdung nicht ausschließen können, klären Sie weitere Schritte bitte mit der Hotline Kinderschutz Berlin (030 - 610066), der Medizinischen Kinderschutzhotline (0800-1921000) oder beziehen Sie eine im Kinderschutz erfahrene Fachkraft ihrer Klinik ein.

Unterschrift Ärztin*/Arzt*

Unterschrift Pflegekraft / MFA



S.I.G.N.A.L. e.V.

Intervention im
Gesundheitsbereich
gegen Gewalt

Der Dokumentationsbogen wurde in der interdisziplinären Fachgruppe „Rechtssichere Dokumentation“ der Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. erstellt unter Berücksichtigung des Dokumentationsvordrucks von Grassberger/Hochmeister (Wien, 2008).

Beteiligt sind Vertreter*innen; des Instituts für Rechtsmedizin; der Gewaltschutzambulanz (GSA); der Rettungsstelle Campus Virchow der Charité Universitätsmedizin Berlin; Dr. Katrin Wolf, Gynäkologin; der Polizei Berlin; von LARA – Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen*; von Frauenraum, Fachberatungs- und Interventionsstelle bei häuslicher Gewalt; Rechtsanwältin Vera Belsner und Beate Böhler, Fachanwältin Strafrecht.

Letzte Aktualisierung November 2018.

*Im Dokumentationsbogen wird der „Gender-Stern“ genutzt (Patient*in oder Verursacher*in), alternativ auch die männliche oder weibliche Form jeweils verbunden mit einem Stern (Arzt*/Ärztin*). Mit dieser Schreibweise sollen alle Personen angesprochen werden, unabhängig davon, ob sie sich als Frau, Mann, intersexuell, transsexuell, transgender o.a. verstehen.*

Bezugsadresse: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungsstelle
Sprengelstr. 15, 13353 Berlin, Telefon (030) 27 59 53 53
als PDF oder Online-Formular von der Homepage www.signal-intervention.de.

Der Dokumentationsbogen wird unterstützt von:



Senatsverwaltung
für Gesundheit, Pflege
und Gleichstellung



Körperschemata und Befundtabellen

Patient*in	Name:	Geburtsdatum:
Arzt*/Ärztin*	Name:	Tagesdatum:

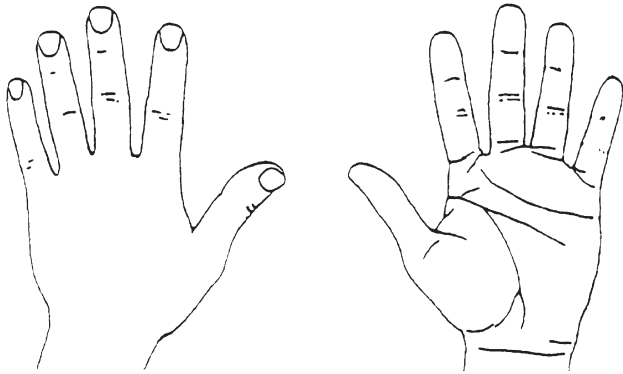
Art der Verletzung (vorletzte Spalte in der Tabelle)

A Abschürfung **B** Hämatom **C** Riss-/ Quetschwunde **D** Fraktur **E** Schnitt-/ Stichwunde **F** Thermische Verletzung

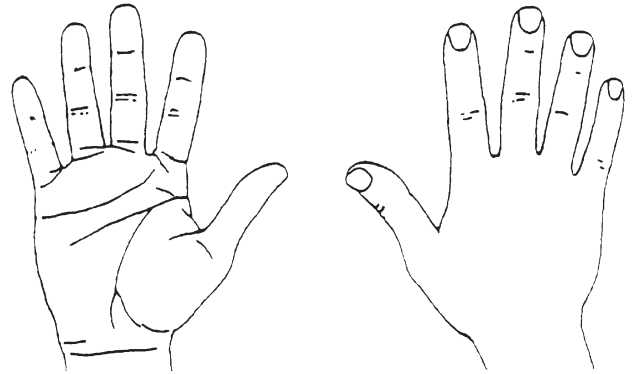
Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Farbe, Form, Wundränder)	Art	Foto
1.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
7.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
8.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
9.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
10.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen

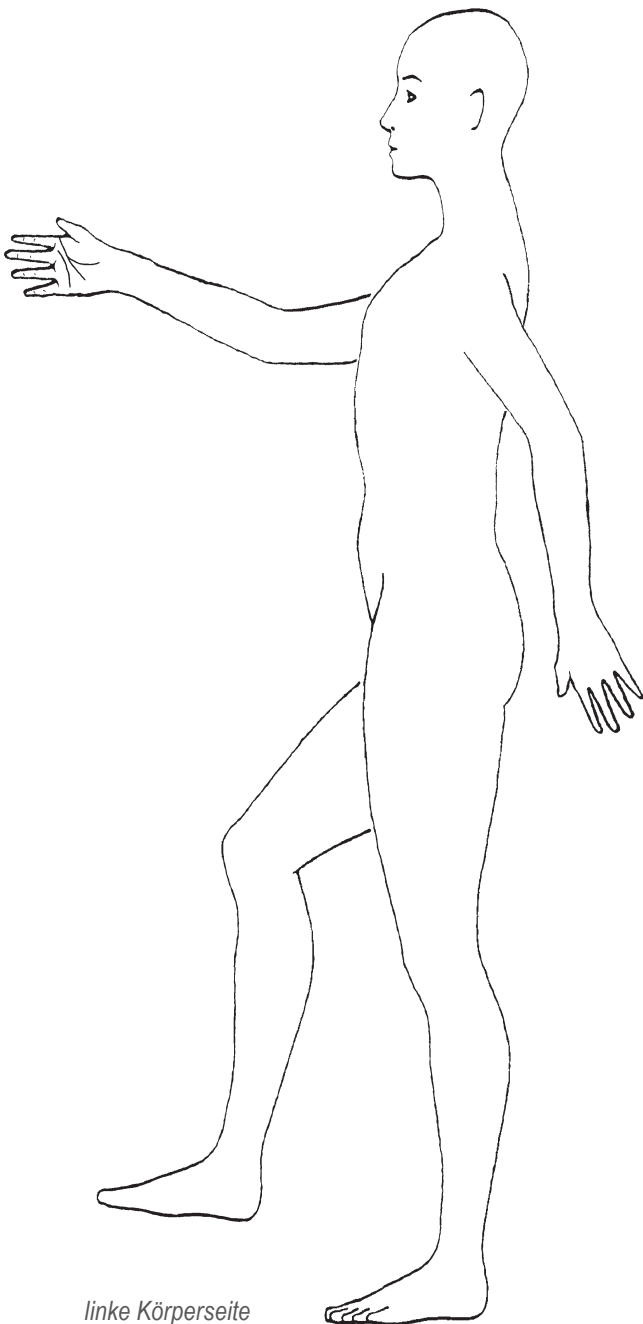
Dokumentieren Sie alle Verletzungen, die Sie sehen. Zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata. Notieren Sie die Charakteristika jeder Verletzung (Größe, Farbe, Form, Wundränder) in der Tabelle unter der entsprechenden Ziffer. Weisen Sie jeder Verletzungsart den entsprechenden Buchstaben zu.



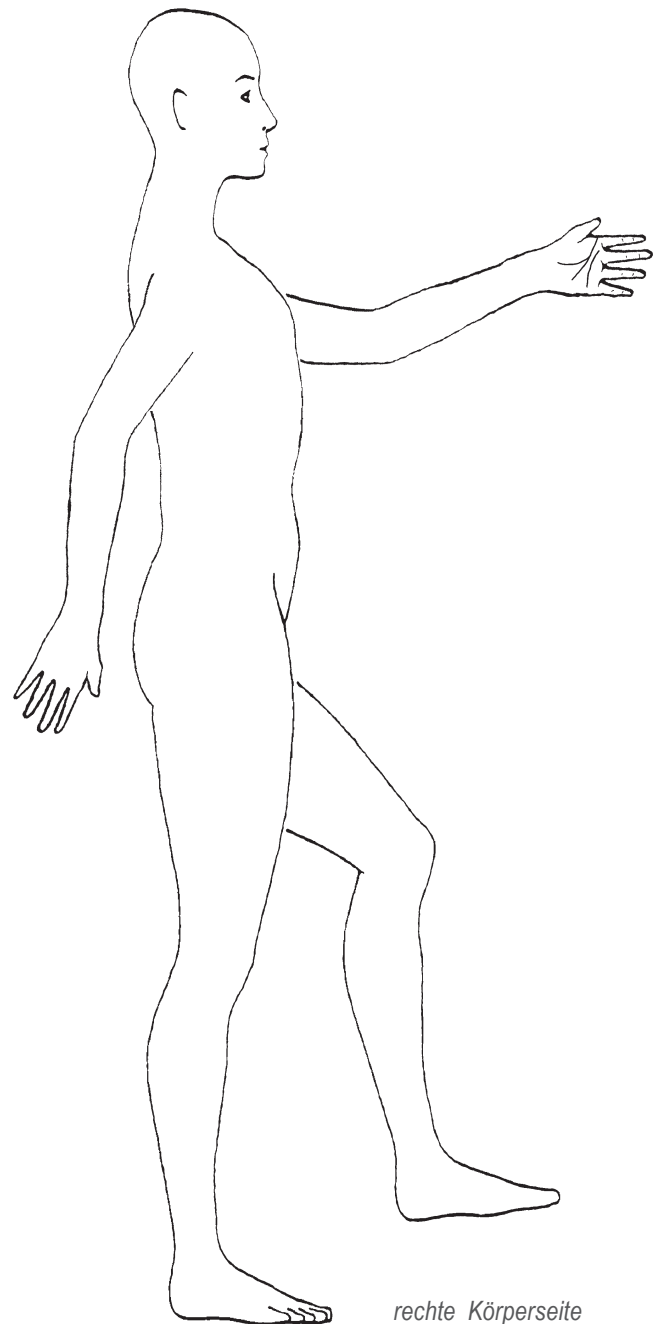
linke Hand



rechte Hand



linke Körperseite



rechte Körperseite

Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen

Dokumentieren Sie alle Verletzungen, die Sie sehen. Zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata. Notieren Sie die Charakteristika jeder Verletzung (Größe, Farbe, Form, Wundränder) in der Tabelle unter der entsprechenden Ziffer. Weisen Sie jeder Verletzungsart den entsprechenden Buchstaben zu.

Art der Verletzung (vorletzte Spalte in der Tabelle)

A Abschürfung **B** Hämatom **C** Riss-/ Quetschwunde **D** Fraktur **E** Schnitt-/ Stichwunde **F** Thermische Verletzung

Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Farbe, Form, Wundränder)	Art	Foto
1.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
7.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
8.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
9.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
10.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Patient*in	Name:
------------	-------

