







<p><b>KIT</b> Set zur Spurensicherung</p>	<p><b>UNTERSUCHUNG UND SPURENSICHERUNG</b> keine Ausstriche auf Objektträger</p>	<p>Sichergestellt</p>
<p>Schritt 1</p>	<p><b>2 Abstriche Oral</b> (mit zwei trockenen Wattetupfern)</p>	<p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Schritt 2</p>	<p><b>Kleidung, insbes. Unterwäsche</b> 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><b>Spuren am Körper:</b></p> <p><b>Erfolgte eine Ejakulation?</b>  <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><b>Verklebte Kopfhare vorhanden?</b> (verklebte Haare abschneiden) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p><b>Hat Sie der Täter irgendwo geküsst, geleckert, gesaugt, gebissen?</b>  <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><b>Haben Sie den Täter gekratzt?</b>  <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><b>Hat der Täter Sie gewürgt, gedrosselt, Ihnen den Mund zugehalten?</b>  <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><b>Andere Spuren vorhanden?</b>  <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>

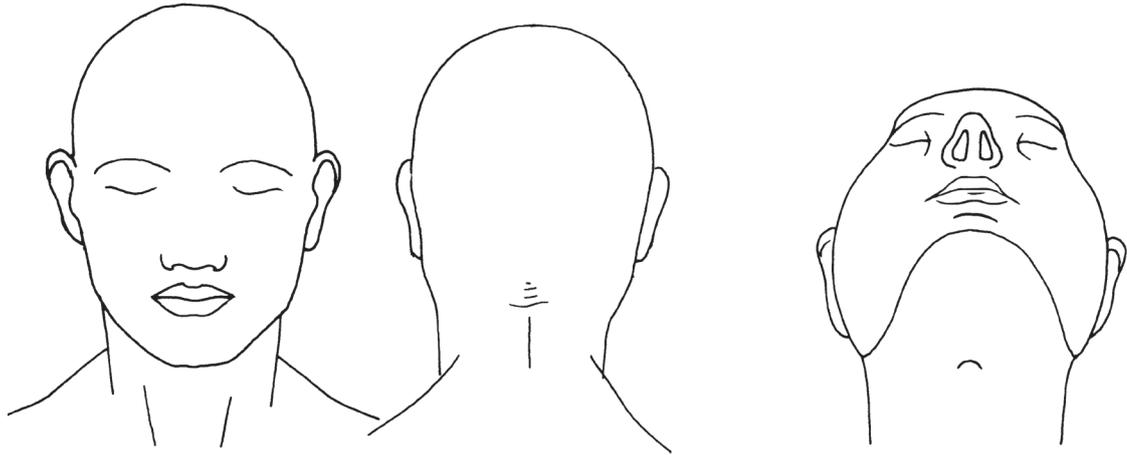


**KIT**  
Set zur Spurensicherung

**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

\_\_\_\_\_  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



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

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

<b>Schritt 8</b>	<b>Weiterbehandlung durch:</b> <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 _____
------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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

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

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

<b>Weitergabe der Beweismittel</b> _____ : _____ (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	
<b>Ausgehändigt:</b> _____ Unterschrift / (Name in Druckbuchstaben)	
<b>Entgegengenommen:</b> Dienststelle _____ Tel. Nr. _____ _____ Unterschrift / (Name in Druckbuchstaben)	