

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: ☐ fließend ☐ gebrochen ☐ mit Sprachmittlung, Sprache:	
Bewusstseinslage bei der Untersuchung ☐ klar ☐ leicht beeinträchtigt ☐ deutlich beeinträchtigt ☐ 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 <i>Nach Darstellung der Geschädigten bzw. Patient*in: Grundlage für die Untersuchung. Keine Suggestivfragen!</i>			
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, Medika- mente 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?) Stirn- / Schläfenregion Augen, incl. Bindehäute Ohren, incl. Rückseite Nase / Nasenöffnungen Wangen Mund (Lippenrot, Zähne, Schleimhaut) Kinn Liegen punktförmige Einblutungen (Stauungszeichen) vor? • Haut der Augenlider • Augenbindehäute • Haut hinter den Ohren • Gesichtshaut • Mundvorhofschleimhaut	☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund ☐ ja ▼	☐ o.B. ☐ o.B. ☐ o.B. ☐ o.B. ☐ o.B. ☐ o.B. ☐ o.B. ☐ o.B. ☐ nein
Hals	Vorderseite Nacken	☐ Befund ☐ Befund	☐ o.B. ☐ o.B.
Thorax	Mammae Brustkorb-Vorderseite Rücken	☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund	☐ o.B. ☐ o.B. ☐ o.B.
Arme	Schultern Oberarme, auch Innenseite Unterarme / Handgelenke Hände	☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund	☐ o.B. ☐ o.B. ☐ o.B. ☐ o.B.
Abdomen		☐ Befund	☐ o.B.
Gesäß		☐ Befund	☐ o.B.
Genitalbereich		☐ Befund	☐ o.B.
Beine	Oberschenkel, auch Innenseite Unterschenkel Füße	☐ Befund ☐ Befund ☐ Befund	☐ o.B. ☐ o.B. ☐ 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	☐ ja, Befund:	☐ nein
Sono	☐ ja, Befund:	☐ nein
Urin (-test)	☐ ja, Befund:	☐ nein
Labor (Blut)	☐ ja, Befund:	☐ nein
Abstrich	☐ ja, wo:	☐ nein
Konsil	☐ ja, wer:	☐ 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 Dezember 2019.

*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



Stand 12/2019

Körperschemata und Befundtabellen

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

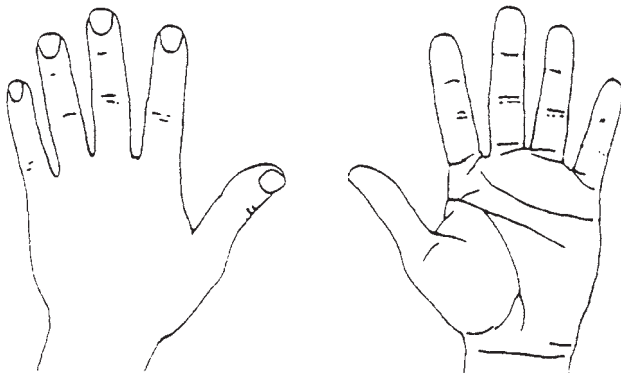
Art der Verletzung (vorletzte Spalte in der Tabelle)

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

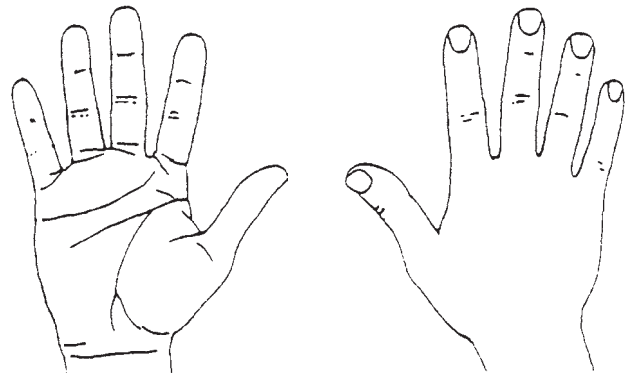
Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Farbe, Form, Wundränder)	Art	Foto
1.					Ja ☐ Nein ☐
2.					Ja ☐ Nein ☐
3.					Ja ☐ Nein ☐
4.					Ja ☐ Nein ☐
5.					Ja ☐ Nein ☐
6.					Ja ☐ Nein ☐
7.					Ja ☐ Nein ☐
8.					Ja ☐ Nein ☐
9.					Ja ☐ Nein ☐
10.					Ja ☐ Nein ☐

Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen

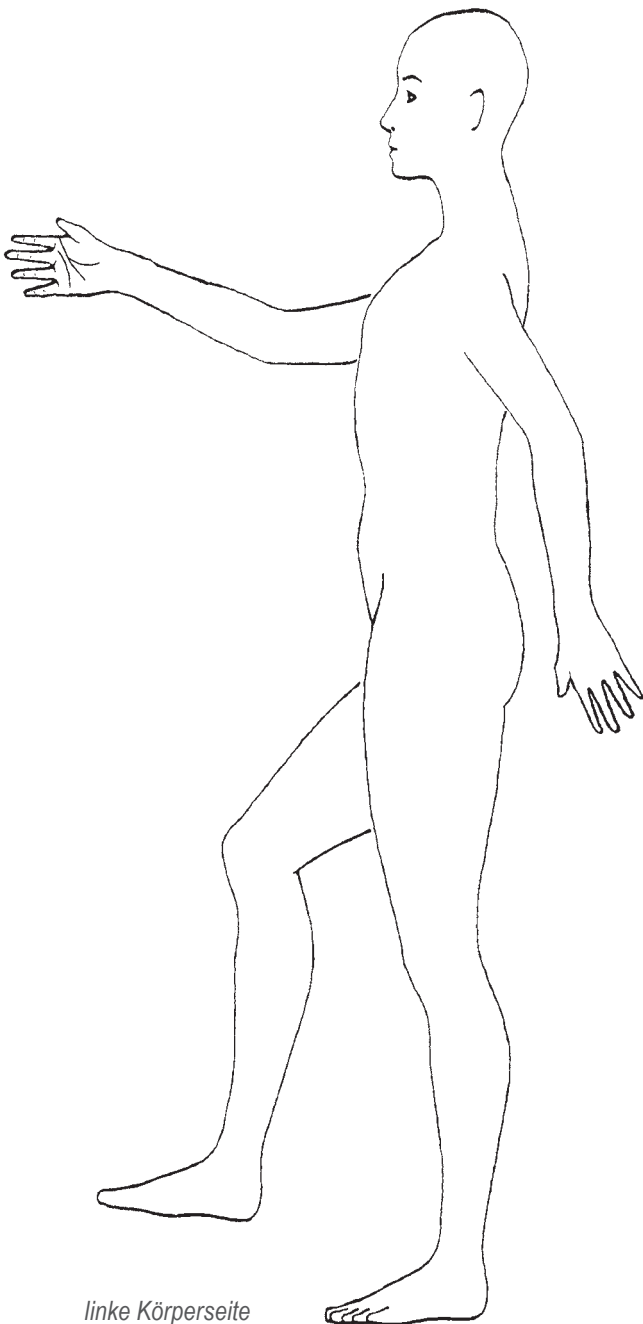
Dokumentieren Sie alle Verletzungen, die Sie sehen. Zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata. Notieren Sie die Charakteristika jeder Verletzung (Größe, Farbe, Form, Wundränder) in der Tabelle unter der entsprechenden Ziffer. Weisen Sie jeder Verletzungsart den entsprechenden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



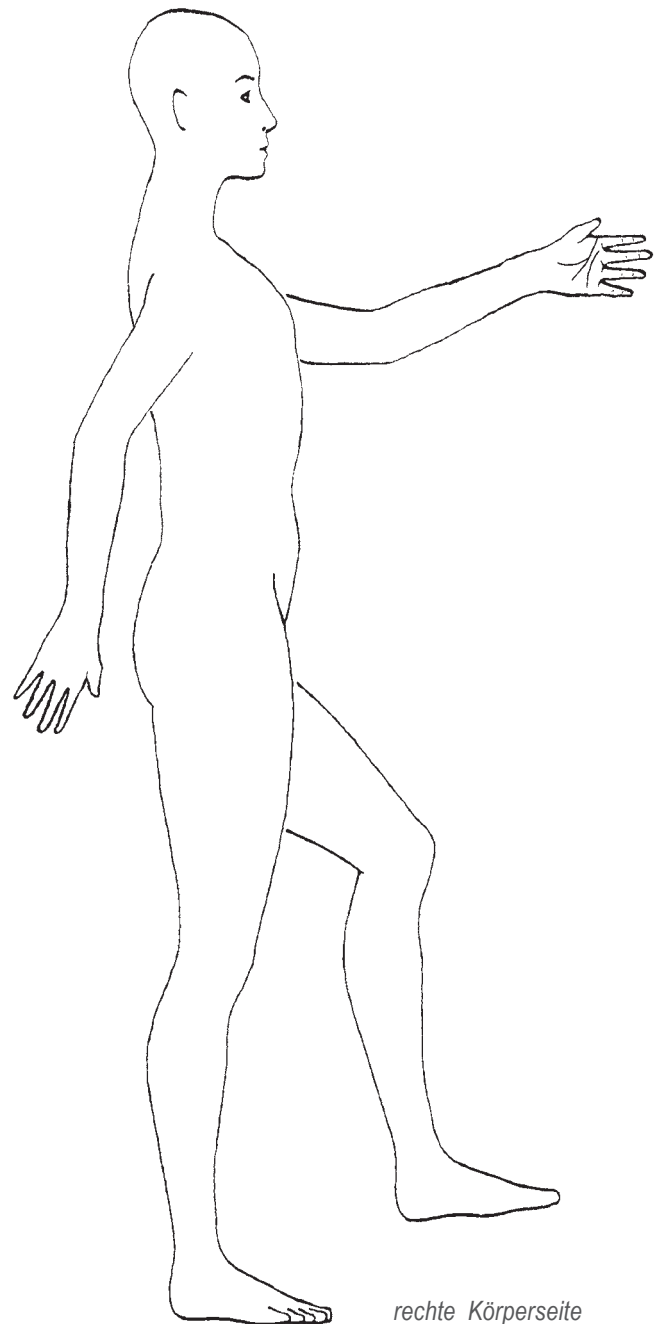
linke Hand



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 ☐ Nein ☐
2.					Ja ☐ Nein ☐
3.					Ja ☐ Nein ☐
4.					Ja ☐ Nein ☐
5.					Ja ☐ Nein ☐
6.					Ja ☐ Nein ☐
7.					Ja ☐ Nein ☐
8.					Ja ☐ Nein ☐
9.					Ja ☐ Nein ☐
10.					Ja ☐ Nein ☐

Patient*in

Name:

