

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

| Angaben zum/zur Patient*in <i>Nutzen Sie bitte das Patient*in-Etikett auf jedem Blatt des Dokubogens</i> | Angaben zur Untersuchung |
|---|-----------------------------------|
| Name/Vorname | Name/Vorname Ärzt*in |
| Geburtsdatum | Ort der Untersuchung |
| Adresse | Beginn der Untersuchung Uhr |
| Telefon | Datum |
| | Im Beisein von |
| Sprachliche Verständigung: <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> mit Sprachmittlung, Sprache: | |
| Bewusstseinslage bei Untersuchung <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> leicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> bewusstlos | |
| Mobilität <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> bettlägerig | |

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur heutigen Untersuchung und Dokumentation Fotodokumentation
Diese Einverständniserklärung beinhaltet keine Entbindung von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

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

Angaben zum Ereignis

*Nach Darstellung des/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/dem Patient*in statt? (z.B. Würgen, Drosseln) ja ▼ nein keine Angabe

Wenn ja: HNO-Konsilbogen empfohlen

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

Fanden sexuelle Handlungen gegen den Willen des/der Patient*in statt? ja ▼ nein keine Angabe
 Erfolgte Dokumentation Spurensicherung
 Wo/durch wen? Wann?

Hat der/die Patient*in vor/nach dem Vorfall Alkohol, Drogen, Medikamente eingenommen? ja ▼ nein keine Angabe
 Wann, was, wieviel?
 Äußert Patient*in den Verdacht auf Fremdbeibringung ja nein keine Angabe

Bestand in zeitlichem Zusammenhang mit der Tat eine Bewusstlosigkeit? (z. B. durch Sturz, Schlag, Angst/Panik o.ä.) ja nein keine Angabe

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 |
| | <input type="checkbox"/> Haut der Augenlider | <input type="checkbox"/> Augenbindehäute | <input type="checkbox"/> Haut hinter den Ohren |
| 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. |

FotodokumentationErfolgte 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: neinSono ja, Befund: neinUrin (-test) ja, Befund: neinLabor (Blut) ja, Befund: neinAbstrich ja, wo: neinKonsil 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 neinÜberweisung / Einweisung ja, wohin neinAU ausgestellt ja, von bis neinInfo / Vermittlung Schutzeinrichtung ja, wohin neinInfo / Vermittlung Beratungsstelle ja, wohin neinNotfallkarte ausgehändigt ja neinInformation über Gewaltschutzambulanz ja neinFax „Pro-Aktive Beratung“ versendet ja, wohin nein

Anderes

Fragen zum Schutzbedürfnis

Ist eine stationäre Aufnahme sinnvoll / möglich / gewünscht?

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

Möchte der/die 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.

Untersuchung beendet um Uhr

Unterschrift Ärzt*in

Unterschrift Pflegekraft / MFA



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

Intervention im
Gesundheitsbereich
gegen Gewalt

Der Dokumentationsbogen wurde 2010 in der interdisziplinären Fachgruppe „Gerichtsverwertbare 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 und der Gewaltschutzambulanz der Charité Universitätsmedizin Berlin, des Kriminaltechnischen Instituts/LKA, der Polizei Berlin und der Staatsanwaltschaft Berlin/Opferschutz, von Frauenraum - Fachberatungs- und Interventionsstelle bei häuslicher Gewalt und LARA - Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen* sowie der Gynäkologinnen Dr. Katrin Wolf (ÖGD), Dr. Claudia Haag, Lina Fryszer und Dunja Gogolin.

An der Erstfassung mitgewirkt haben zudem Mitarbeiterinnen einer Zentralen Notaufnahme sowie die Anwältinnen Vera Belsner und Beate Böhler.

Der Dokumentationsbogen wird in regelmäßigen Abständen überprüft und überarbeitet.
Letzte Aktualisierung: Oktober 2023

*Im Dokumentationsbogen wird der Gender-Stern genutzt (z. B. Patient*in). Mit dieser Schreibweise werden alle Personen angesprochen, unabhängig davon, ob sie sich als Frau, Mann, transsexuell, intersexuell oder non-binär verstehen.*

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

Der Dokumentationsbogen wird unterstützt von:



KörperSchemata und BefundTabellen

| | | |
|-------------------|-------|---------------|
| Patient*in | Name: | Geburtsdatum: |
| Ärzt*in | Name: | Tagesdatum: |

Art der Verletzung (vorletzte Spalte in der Tabelle)

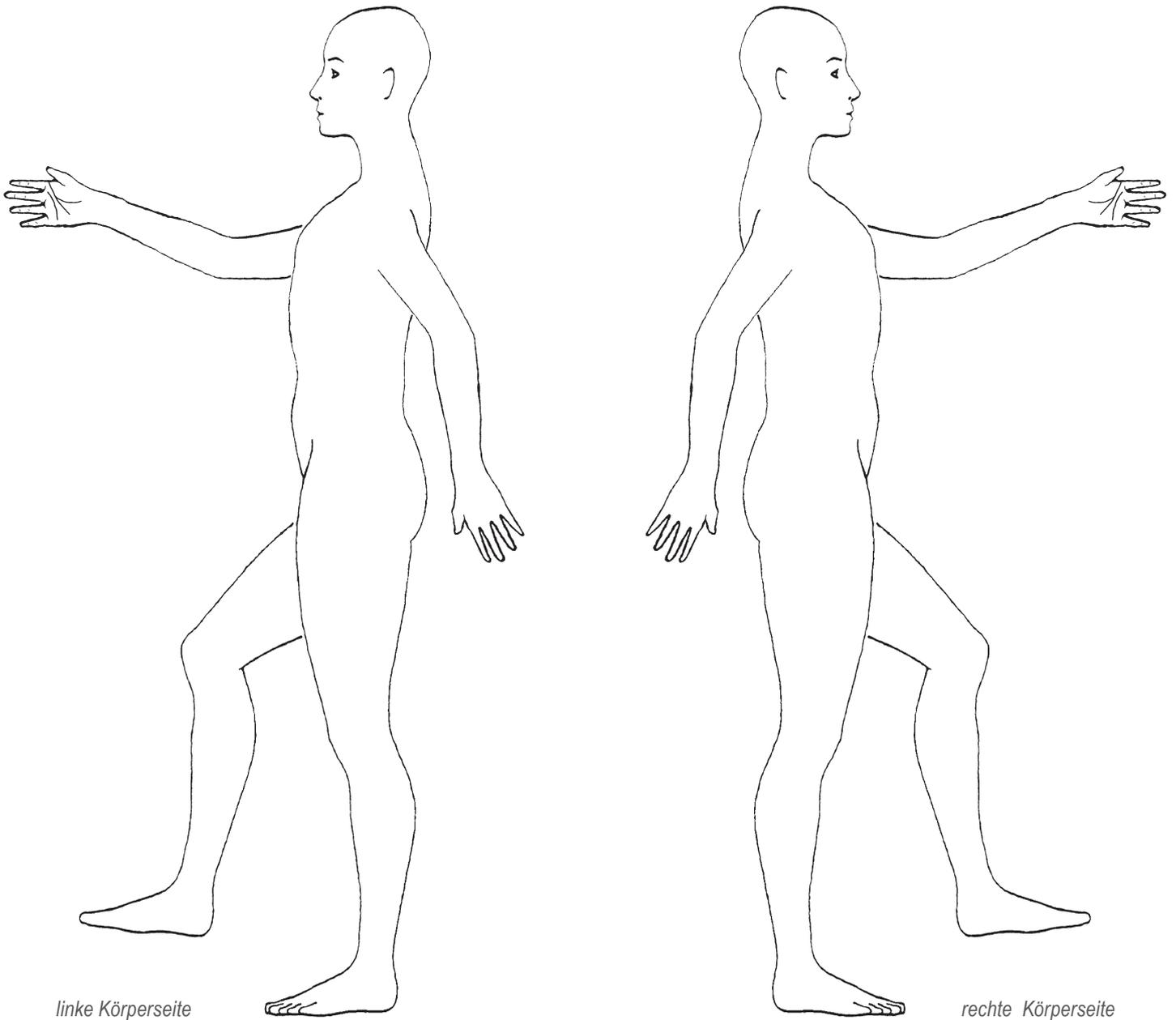
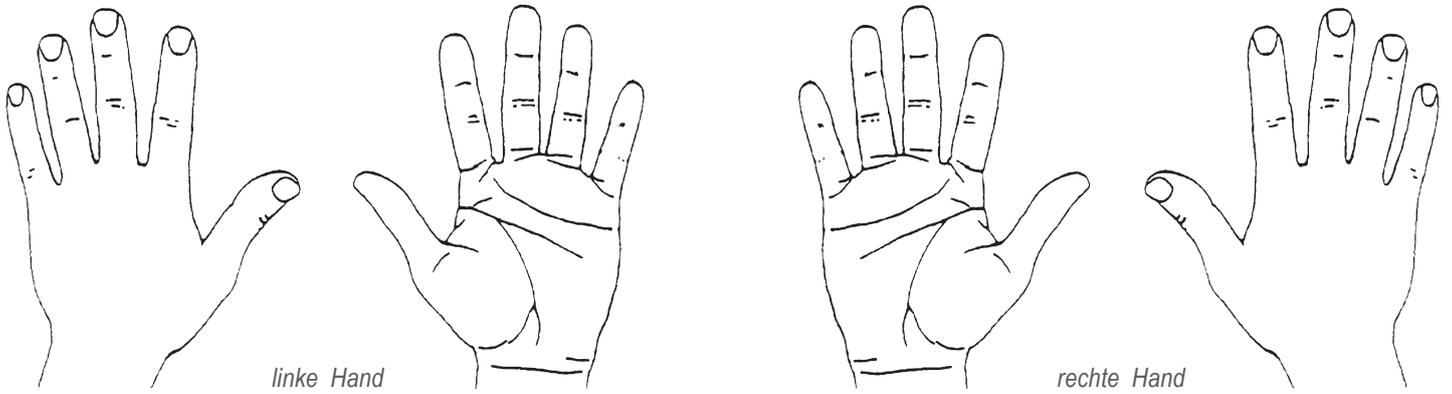
A Abschürfung **B** Hämatom **C** Riss-/ Quetschwunde **D** Fraktur **E** Schnitt-/ Stichwunde **F** Thermische Verletzung

| 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"/> |

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

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.



KörperSchemata und BefundTabellen

| | | |
|-------------------|-------|---------------|
| Patient*in | Name: | Geburtsdatum: |
| Ärzt*in | 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"/> |

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

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.

