

## Untersuchungsbogen für Opfer nach Sexualdelikt

|   |                               |
|---|-------------------------------|
| Ort der Untersuchung:                                       | Patient/in:                   |
| Ärztin / Arzt: _____ Tel. _____                             | Geb.-Datum: _____ Tel.: _____ |
| Zugewiesen von:   | Adresse:                      |
| Beginn der Untersuchung: _____ : _____<br>(Datum) (Uhrzeit) | Im Beisein von:               |

### PATIENTEN BASISDOKUMENTATION

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Patient/in ist:  Rechtshänder/in  Linkshänder/in

Psychische Verfassung bei Untersuchung: Bewusstsein  klar  leicht  deutlich beeinträchtigt  bewusstlos

Verdacht auf  Alkohol  Drogen- bzw. Med.-Konsum

Sprachliche Verständigung:  fließend  gebrochen  Übersetzung notwendig  
↳ durch wen?: \_\_\_\_\_

### ANAMNESE

Letzte Regelblutung: \_\_\_\_\_ (Datum) Verhütungsmaßnahmen: \_\_\_\_\_

Aktuelle (gynäkologische) Beschwerden: \_\_\_\_\_

Letzter freiwilliger Sexualkontakt: \_\_\_\_\_ Mit wem:  unbekannt

Wie:  mit Kondom

### ANGABEN ZUM EREIGNIS

Ort: \_\_\_\_\_  Täter bekannt

Zeit: \_\_\_\_\_ (Datum) \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ (Uhrzeit)  Täter unbekannt Anzahl Täter: \_\_\_\_\_

(ungefähre) Dauer des Vorfalls: \_\_\_\_\_

Möglichst genaue **Darstellung des Sachverhaltes**, Art der Gewaltanwendung/Gewalteinwirkung, subjektive **Beschwerden**:  
(Grundlage für klinische Untersuchung und gezielte Spurensicherung, Keine Suggestivbefragung!)

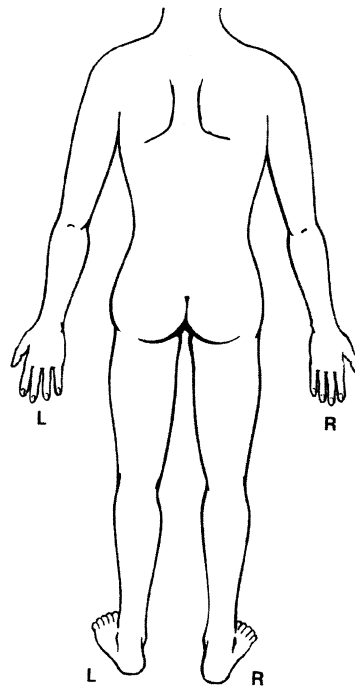
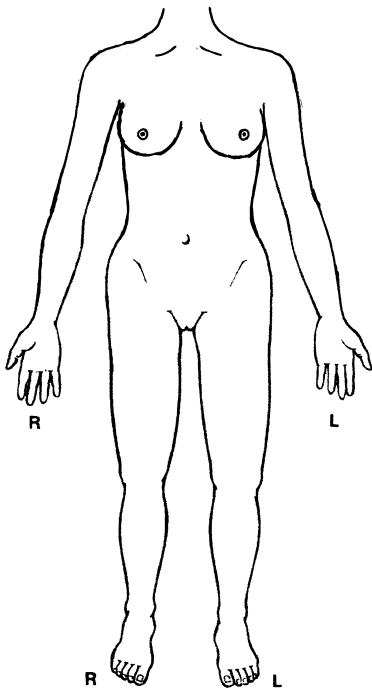
|  |  |                               |                                   |                                     |
|--|--|-------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| Orale Penetration  | <input type="checkbox"/> ja            | <input type="checkbox"/> 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 |
| Andere sexuelle Handlungen:<br>(z.B. Oralverkehr durch Täter an Opfer) |  |                               |                                   |                                     |
| Wurde ein Kondom benutzt?  | <input type="checkbox"/> ja, Verbleib: |                               | <input type="checkbox"/> nein     | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

## Untersuchungsbogen für Opfer nach Sexualdelikt

|   |   |                               |                                     |
|---|---|-------------------------------|-------------------------------------|
| Wurden zur Reinigung Taschentücher oder dgl. verwendet?   | <input type="checkbox"/> ja, was, Verbleib:     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Hat sich Patientin / Patient zwischen Tat und Untersuchung abgewischt, gewaschen, geduscht; die Kleidung gewechselt, den Mund gespült; uriniert, Stuhlgang? | <input type="checkbox"/> ja, was:               | <input type="checkbox"/> nein |                                     |
| Haben Sie Erinnerungslücken (von - bis)?  | <input type="checkbox"/> ja                     | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |
| Wenn ja, Haben Sie eine Erklärung dafür?  |   |                               |                                     |
| Haben Sie vor, während oder nach der Tat Alkohol, Drogen- bzw. Medikamente eingenommen?   | <input type="checkbox"/> ja wann, was, wieviel: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> weiß nicht |

| Schritt 1        | UNTERSUCHUNG UND SPURENSICHERUNG  | Sichergestellt              |                               |
|------------------|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Schritt 1</b> | <b>2 Abstriche Oral</b> (mit zwei trockenen Wattetupfern)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Schritt 2</b> | <b>Kleidung (insbes. Unterwäsche)</b> (einzeln in Papiersäcke verpacken u. Beschriften + Beschreibung des Inhaltes)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Schritt 3</b> | <p><b>Spuren am Körper</b></p> <p><b>Erfolgte eine Ejakulation?</b><br/> <input type="checkbox"/> ja, wohin: <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> nein</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> weiß nicht</span><br/> <small>(Ejakulat auf Hautoberfläche am angegebenen Ort mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small></p> <p><b>Verklebte Kopfhare</b> vorhanden? (verklebte Haare abschneiden) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></p> <p><b>Hat Sie der Täter irgendwo geküsst, geleckt, gesaugt, gebissen?</b><br/> <input type="checkbox"/> ja, wo: <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> nein</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> weiß nicht</span><br/> <small>(Speichelspuren auf der Haut am angegebenen Ort mit einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small></p> <p><b>Haben Sie den Täter gekratzt?</b><br/> <input type="checkbox"/> ja <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> nein</span> <span style="margin-left: 50px;"><input type="checkbox"/> weiß nicht</span><br/> <small>(Falls ja, Unterseite der Fingernägel der re und li Hand mit je einem feuchten Wattetupfer abreiben)</small></p> <p><b>Andere Spuren</b> vorhanden ? (Spuren in Papiersäckchen sicherstellen u. Beschriften) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span></p> | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>Schritt 4</b> | <p><b>Körperliche Untersuchung / Verletzungen / Schmerzen</b><br/> <small>(Befunde wie Abschürfungen, Blutunterlaufungen, Kratzspuren auf Körperschemata dokumentieren. Nach Möglichkeit Fotodokumentation)</small></p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <p><b>Würgen / Drosseln ?</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht</p> <p>Falls ja: Liegen punktförmige Einblutungen (<b>Stauungszeichen</b>) vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Haut der Augenlider</li> <li><input type="checkbox"/> Augenbindehäute</li> <li><input type="checkbox"/> Haut hinter den Ohren</li> <li><input type="checkbox"/> Gesichtshaut</li> <li><input type="checkbox"/> Mundvorhofschleimhaut</li> </ul>  |                             |                               |

## Untersuchungsbogen für Opfer nach Sexualdelikt



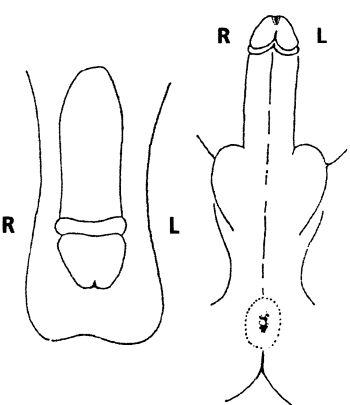
Fotodokumentation:  ja  nein

|                  |   |  |
|------------------|---|--|
| <b>Schritt 5</b> | <b>Anus und Rektum</b><br>2 <b>Abstriche Anus</b> (mit <u>zwei feuchten Wattetupfern</u> abreiben)<br>2 <b>Abstriche Rektum</b> (mit <u>zwei feuchten Wattetupfern</u> abreiben)  | Sichergestellt<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   |
| <b>Schritt 6</b> | <b>Gynäkologische Untersuchung</b><br>Verklebte Schamhaare vorhanden ? (verklebte Haare abschneiden)<br>Schamhaare ausgekämmt ? (Schamhaare - wenn vorhanden - mit Kamm auf Papierunterlage auskämmen)<br>1 <b>Abstrich äußeres Genitale</b> (mit <u>einem feuchten Wattetupfer</u> abreiben)<br>Tampon vorhanden ?<br>Fremdmaterial vorhanden ?<br>2 <b>Abstriche Vagina</b> (mit <u>zwei trockenen Wattetupfern</u> )<br>2 <b>Abstriche Zervikalkanal</b> (mit <u>zwei trockenen Wattetupfern</u> )<br><b>Abstriche für diagnostische Zwecke (STD)</b> (an zuständiges Labor übermitteln) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|                  | <b>Verletzungen im Genital- und Analbereich:</b><br>(Hautrötung, Schwellung, Blutunterlaufung, Schürfung, Einriss)  |  |
|                  | <b>Hymen:</b><br><br>Toluidinblau-Färbung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>Fotodokumentation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  |  |

## Untersuchungsbogen für Opfer nach Sexualdelikt

|  |   |   |
|--|---|---|
| <b>Schritt 7</b>   | <p><b>Blut / Urin</b></p> <p><b>Serum für diagnostische Zwecke</b> (HIV, Hepatitis B und C)<br/>(an zuständiges Labor übermitteln)</p> <p><b>Nativblut für Alkoholkonzentrationsbestimmung</b></p> <p><b>Nativblut für chemisch-toxikologische Untersuchungen</b></p> <p><b>Urin für chemisch-toxikologische Untersuchung</b> (ca. 30- 50 ml)</p> <p style="text-align: center;">Uhrzeit der Asservierung von Blut und Urin _____ : _____</p>   | <p>Sichergestellt</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> |
| <b>Schritt 8</b>   | <p><b>Diagnostik, Therapie</b></p> <p>Schwangerschaftstest (Urin)                      <input type="checkbox"/> positiv                      <input type="checkbox"/> negativ                      <input type="checkbox"/> nicht gemacht</p> <p>Pille danach    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> Rezept mitgegeben</p> <p>HIV-Prophylaxe begonnen / mitgegeben                      <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Hepatitis B Prophylaxe verabreicht                      <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Verabreichte Medikamente:</p> <p>Aktuelle körperl. Gefährdung des Opfers ?                      <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein    <input type="checkbox"/> unklar</p> <p>Information bzgl. Opferschutzeinrichtung                      <input type="checkbox"/> ja</p> |   |
| <p>Ende der Untersuchung: _____ Uhrzeit: _____ : _____ Unterschrift Ärztin / Arzt: _____</p> |   |   |

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Weitergabe der Beweismittel</b></p> <p>Serum für diagnostische Zwecke (HIV und Hepatitis B, C)</p> <p>Nativblut und/oder Urin für chemisch-toxikologische Untersuchungen</p> <p>Blut für Alkoholkonzentrationsbestimmung</p> <p>Asservate/Abstriche für spurenkundliche Untersuchungen</p> | <p><input type="checkbox"/> An _____</p> <p><input type="checkbox"/> An _____</p> <p><input type="checkbox"/> An _____</p> <p><input type="checkbox"/> An _____</p> |
|--|---|

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Männliches Opfer</b></p> <p><b>1 Abstrich Glans, Sulcus coronarius und Penischaft</b><br/>(mit <u>einem</u> feuchten Wattetupfer abreiben, Box „Abstrich Haut“ beschriften)</p> <p><b>1 Abstrich Peniswurzel und Haut Scrotum</b><br/>(mit <u>einem</u> feuchten Wattetupfer abreiben, Box „Abstrich Haut“ beschriften)</p> <p><b>2 Abstriche Anus</b> (mit <u>zwei</u> feuchten Wattetupfern abreiben)</p> <p><b>2 Abstriche Rektum</b> (mit <u>zwei</u> feuchten Wattetupfern abreiben)</p> | <p>Sichergestellt</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><b>Verletzungen im Genital- und Analbereich:</b></p>   |   |
|    | <p><b>Andere Verletzungen am Körper:</b></p> <p style="text-align: right;">Fotodokumentation: <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>  |