

## Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation

|                                                                            |                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Ort der Untersuchung:                                                      | Patient/in: <span style="float: right;">(ggf. Klebeetikett)</span> |
| Ärztin / Arzt: <span style="margin-left: 100px;">Tel.</span>               | Geb.-Datum: <span style="margin-left: 100px;">Tel.:</span>         |
| Zugewiesen von:                                                            | Adresse:                                                           |
| Beginn der Untersuchung: _____ : _____<br><small>(Datum) (Uhrzeit)</small> | 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?: \_\_\_\_\_

Besondere Gefahrenmomente für medizinisches Personal  ja  nein

### ANGABEN ZUM EREIGNIS

Ort: \_\_\_\_\_  Verursacher bekannt

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

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

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

Gibt es **Zeugen** des Vorfalls (z.B. Kinder, Nachbarn)?  ja:  nein  weiß nicht  
↳ Falls ja, sind diese ebenfalls betroffen/verletzt?

Wurden **Tatmittel** (Werkzeug, Waffe) benutzt?  ja, welche:  nein  weiß nicht

Wurde seitens des/der Geschädigten **Widerstand geleistet**?  ja:  nein  weiß nicht

Hat Patient/in den Verursacher **gekratzt**?  ja  nein  weiß nicht  
↳ Falls ja, Unterseite der Fingernägel der rechten und linken Hand mit je einem feuchten Wattetupfer abreiben (DNA!).

Fand eine **Gewalteinwirkung gegen den Hals** statt (Würgen, Drosseln)?  ja  nein  weiß nicht  
↳  Stauungszeichen (siehe nächste Seite)  
 Bewusstlosigkeit  
 Schwindel  
 Urin- und/oder Stuhlabgang  
 Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden

Wurde vor, während oder nach dem Vorfall Alkohol, Drogen- bzw. Medikamente eingenommen?  ja wann, was, wieviel:  nein  weiß nicht

Handelt es sich um einen Wiederholungsfall?  ja  nein  k. A.

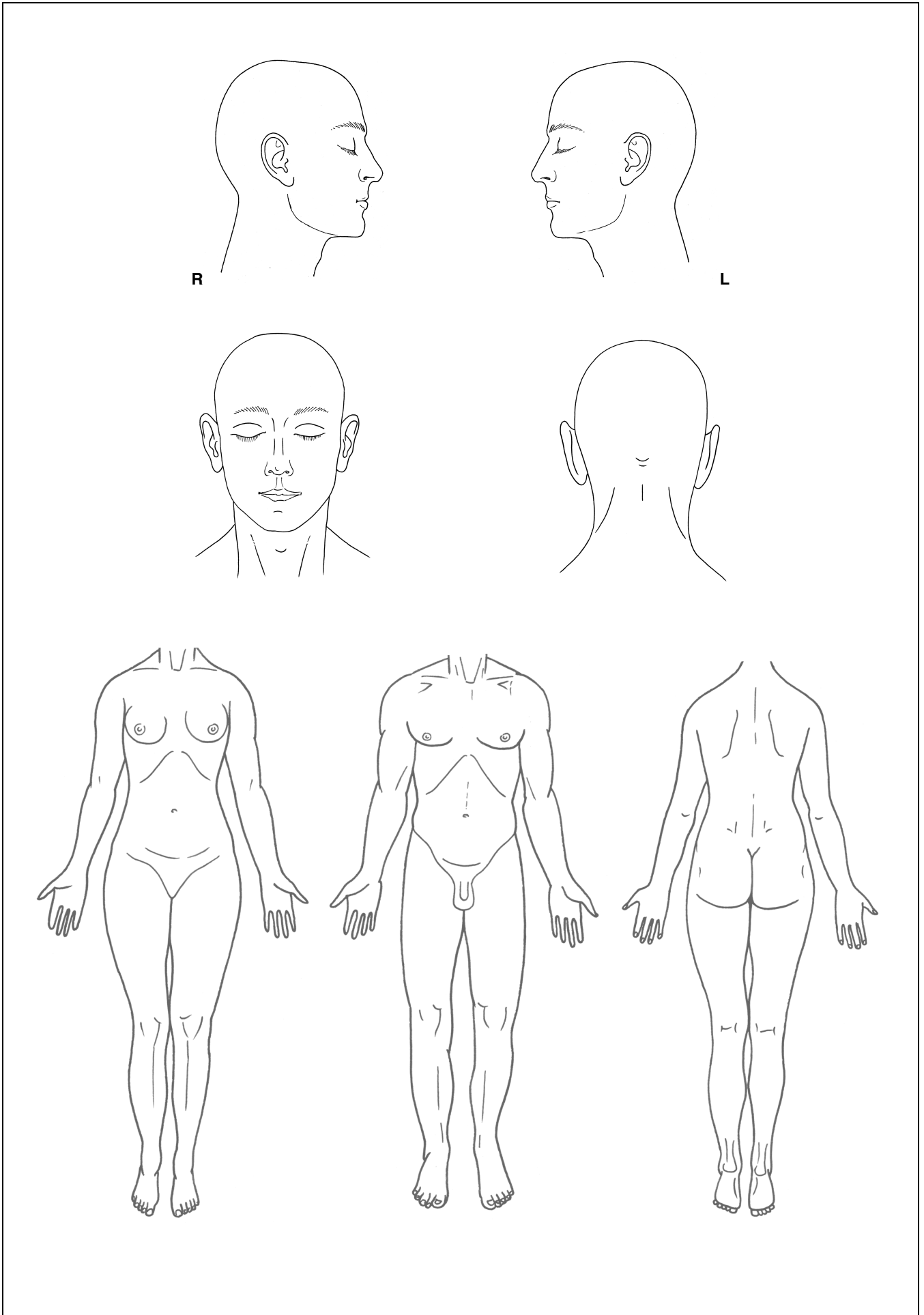
## Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation

| <b>SPURENSICHERUNG</b>                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Beschädigungen</b> an der Kleidung (Foto!)?                                                                                                           | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Verunreinigungen</b> der Kleidung (Blut, Erde etc.)?                                                                                                  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| <b>Andere Spuren</b> vorhanden?                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>↳ welche:                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Kleidung sichergestellt</b><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>→ einzeln in <b>Papiersäcke</b> verpacken u. Beschriften! |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>KÖRPERLICHE UNTERSUCHUNG</b>                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <b>Kopf</b>                                                                                                                                              | Behaarte Kopfhaut (absuchen und abtasten, kahle Stellen?): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                          | Stirn-/Schläfenregion: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|                                                                                                                                                          | Augen (inkl. Bindehäute!): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                          | Ohren (Rückseite!): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|                                                                                                                                                          | Nase (Nasenöffnungen!): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                          | Wangen: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                          | Mund (Lippenrot, Zähne, Mundvorhofschleimhaut!): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                                                          | Kinn: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                          | Liegen punktförmige Einblutungen ( <b>Stauungszeichen</b> ) vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>↳ <input type="checkbox"/> Haut der Augenlider<br><input type="checkbox"/> Augenbindehäute<br><input type="checkbox"/> Haut hinter den Ohren<br><input type="checkbox"/> Gesichtshaut<br><input type="checkbox"/> Mundvorhofschleimhaut |
| <b>Hals</b>                                                                                                                                              | Vorderseite: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                          | Nacken: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Thorax</b>                                                                                                                                            | Mammae: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                                                          | Brustkorbvorderseite: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                                                                                                                                                          | Rücken: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Arme</b>                                                                                                                                              | Schultern: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                                                          | Oberarme (auch Innenseite!): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                                                                                                                                                          | Unterarme (Handgelenke): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                                                                                                                                                          | Hände: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Abdomen</b>                                                                                                                                           | <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Gesäß</b>                                                                                                                                             | <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Genitalbereich</b>                                                                                                                                    | <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Beine</b>                                                                                                                                             | Oberschenkel (Innenseite!): <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                                                          | Unterschenkel: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                                                                                                                                                          | Füße: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> o.B.</span>                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

☞ Ist ein **auffälliges Verletzungsmuster** erkennbar?     ja     nein  
(gruppierte oder geformte Verletzungen, Abdrücke, z.B. Schuhsohlenprofil, Reifenprofil, Doppelstriemen):

☞ **Schussverletzungen** exzidieren, markiert aufspannen und sicherstellen (siehe Beiblatt Erläuterungen!)

Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation



## Untersuchungsbogen für die erweiterte Verletzungsdokumentation

**Vorläufige medizinische Beurteilung:**

**Weiterführende Maßnahmen** (z.B. Konsiliaruntersuchung, psychologische Beratung, Verständigung der Exekutive etc.):

**Information über Opferschutzeinrichtungen** erfolgt?  ja  nein **Bemerkungen:**

Ende der Untersuchung: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ **Unterschrift Ärztin / Arzt:** \_\_\_\_\_

### WEITERGABE DER BEWEISMITTEL

**Asservate** (Abstriche, Kleidung, Tatmittel, Projektile, Exzidate etc.):

Übergeben von: \_\_\_\_\_  
(Blockschrift)

Übernommen von: \_\_\_\_\_  
(Blockschrift)

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift: \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_

### FOTODOKUMENTATION

Wurde eine Fotodokumentation durchgeführt?  ja  nein

Anzahl der angefertigten Aufnahmen: \_\_\_\_\_

↳ wenn „nein“, warum nicht:

↳ wenn „ja“, wo archiviert:

**Empfehlungen zur Untersuchung und Fotobasisdokumentation:**

