**Dokumentationsbogen nach körperlicher Gewalt**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien Patient/-in** | **Angaben zu Untersuchungsumständen** |
| Name / Vorname | Name Arzt / Ärztin |
| Geburtsdatum | Untersuchungs**ort** |
| Adresse | Untersuchungs**zeit** |
| Telefonnummer | Im Beisein von |

**Angaben zum Ereignis** (*Sachverhalt, Datum, Ereigniszeit, Ereignisort*)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Allgemeiner körperlicher Status**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Grösse |  | Allgemeinzustand |  |
| Gewicht |  | Ernährungszustand |  |
| BD/P |  | Psychischer Zustand |  |

**Körperliche Untersuchung** *(Körperschema und Verletzungstabelle verwenden)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kopf | Behaarte Kopfhaut | Befund | kein Befund |
|  | Stirn / Schläfenregion | Befund | kein Befund |
|  | Augen (inkl. Bindehäute) | Befund | kein Befund |
|  | Ohren (inkl. Hinterohrregion) | Befund | kein Befund |
|  | Nase (inkl. Nasenöffnungen, Septum) | Befund | kein Befund |
|  | Wangen | Befund | kein Befund |
|  | Mund (inkl. Mundregion, Schleimhäute) | Befund | kein Befund |
|  | Zahnstatus (frische Abbrüche) | Befund | kein Befund |
|  | Kinn | Befund | kein Befund |
|  | Punktförmige Einblutungen (Stauungszeichen) im Kopfbereich? | ja  ↓ | nein |
|  | Haut der Augenlider | ja | nein |
|  | Augenbindehäute | ja | nein |
|  | Hinterohrregion | ja | nein |
|  | Gesichtshaut | ja | nein |
|  | Mundschleimhaut | ja | nein |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Hals | Vorderseite | Befund | kein Befund |
|  | Nacken | Befund | kein Befund |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thorax / Abdomen | Mammae | Befund | kein Befund |
|  | Brustkorb-Vorderseite | Befund | kein Befund |
|  | Abdomen | Befund | kein Befund |
|  | Rücken | Befund | kein Befund |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Obere Extremitäten | Schultern | Befund | kein Befund |
|  | Oberarme (inkl. Innenseiten) | Befund | kein Befund |
|  | Unterarme / Handgelenke | Befund | kein Befund |
|  | Hände / Nägel | Befund | kein Befund |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Untere Extremitäten | Oberschenkel (inkl. Innenseite) | Befund | kein Befund |
|  | Unterschenkel | Befund | kein Befund |
|  | Füsse (inkl. Fusssohlen) | Befund | kein Befund |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Genitalbereich | Äusseres Genitale | Befund | kein Befund |
|  | Gesäss | Befund | kein Befund |

**Fotodokumentation** *(Übersicht, Nah- und Detailaufnahmen der Befunde, mit Massstab)*

Wurden die Befunde fotografiert? ja nein

Aufnahmen in der Patientenakte? ja nein anderer Ort, wo:

**Befunde und Ergebnisse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Palpatorisch | Befund: | nein |
| Röntgen | Befund: | nein |
| Sonographie | Befund: | nein |
| Urintest | Befund: | nein |
| Labor (Blut) | Befund: | nein |
| Abstriche | Ja, wo: | nein |
| Konsil | Ja, wer: | nein |

**Weiterführende Massnahmen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Folgetermin | ja, wann: | nein |
| Überweisung / Einweisung | ja, wohin: | nein |
| Anderes | ja, was: | nein |

**Sicherstellung von\*\*\*:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Blut | ja, Datum / Uhrzeit: | nein |
| Urin | ja, Datum / Uhrzeit: | nein |
| Haare | ja, Datum / Uhrzeit: | nein |
| Anderes | ja, Datum / Uhrzeit: | nein |
| Kleidung | ja, Datum / Uhrzeit: | nein |

Sind alle Asservate korrekt und vollständig beschriftet? ja (Kürzel): nein

Ort / Datum Stempel / Unterschrift Arzt

Ort / Datum Unterschrift Forensic Nurse1

*\*\*\*****Verschiedene Erklärvideos vom Institut für Rechtsmedizin UZH zur Asservierung von Proben und Untersuchungen finden Sie hier:*** [www.irm.uzh.ch](http://www.irm.uzh.ch) oder über QR- Code:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Körperliche Untersuchung und Spurensicherung nach Sexualdelikt**  **Vorschau Ihres QR Code** | **Asservierung von Blut- und Urinproben**  Vorschau Ihres QR Code | **Asservierung von Haarproben**  Vorschau Ihres QR Code |

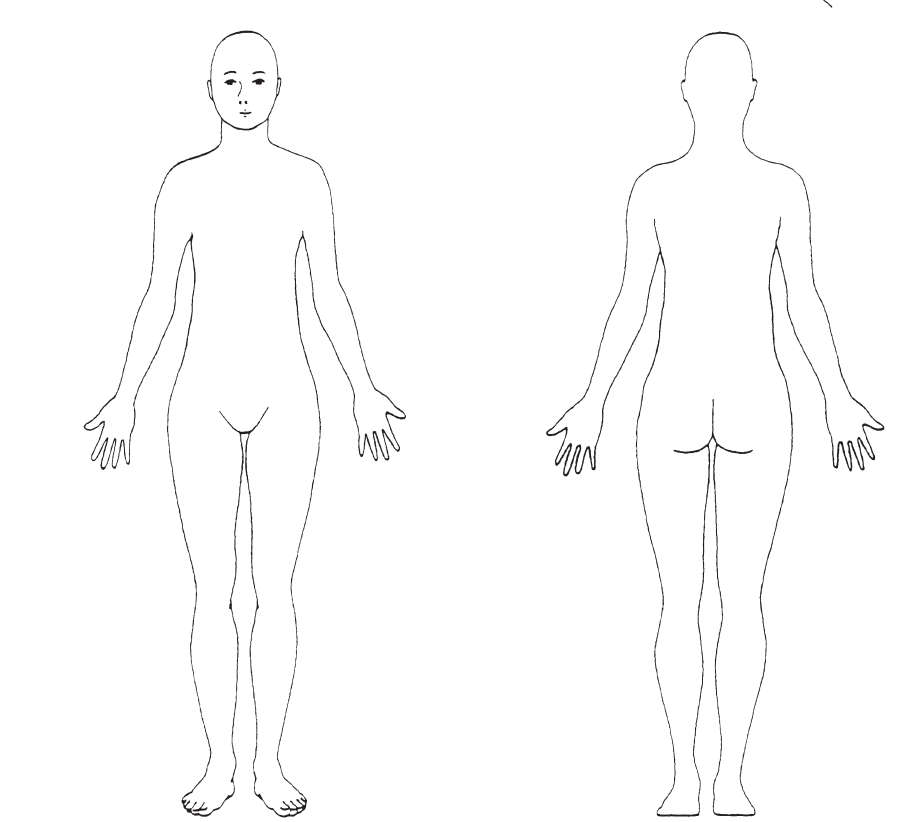
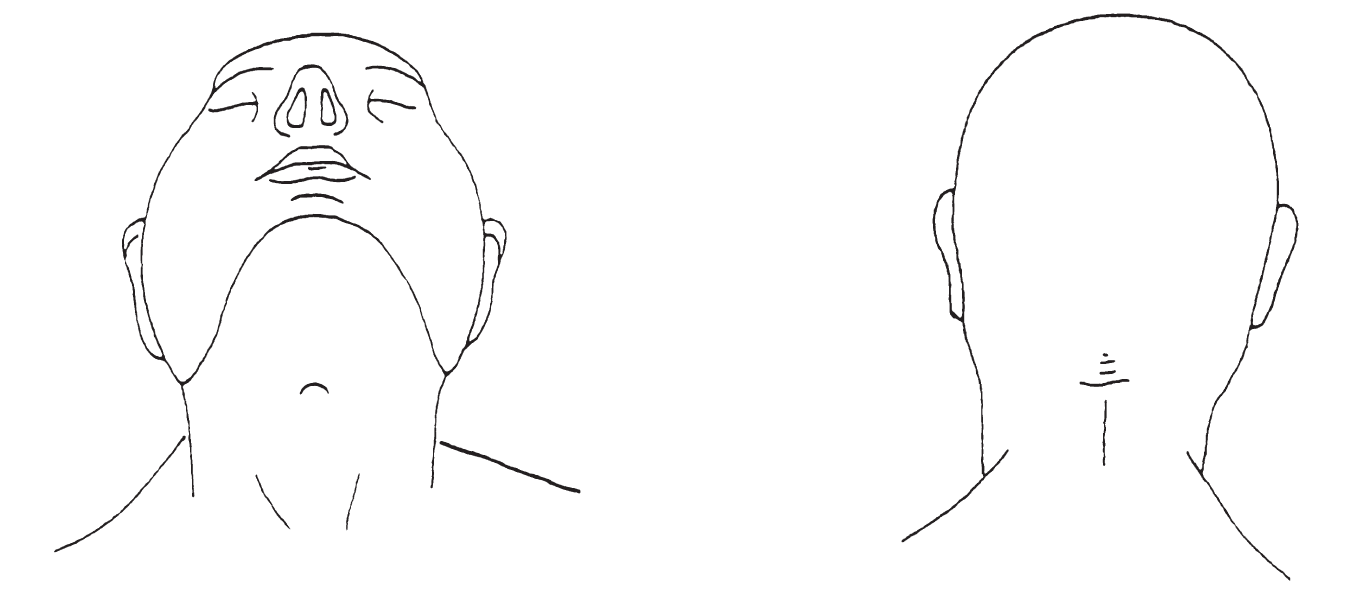
**Befundtabelle**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personalien Patient/-in** | **Angaben zur Untersuchung** |
| Name / Vorname | Name Arzt / Ärztin |
| Geburtsdatum | Untersuchungs**ort** |
| Adresse | Untersuchungs**zeit** |

**Befunde** *(zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata ein)*

Notieren Sie die Charakteristika jeder Verletzung (Grösse, Farbe, Form, Wundränder) in der Tabelle unter der entsprechenden Ziffer aus den Körperschemata

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nr.** | **Lokalisation** | **Grösse/ Tiefe** | **Beschreibung** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Körperschemata**

