**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**



