



Dokumentationsbogen - Misshandlung

Name:

geb.:

Untersuchung am:

Uhrzeit:

Untersucher:

In Begleitung von:

Sprachliche Verständigung:

Auftraggeber/Adresse:

(Fremd)-Anamnese:

Vorfallsort:

Vorfalldatum und -zeit:

angegebene/r Täter:

Vorgeschichte:



- **Allgemeiner Zustand (Psyche), z.B. weinerlich, ängstlich, etc.:** _____

- **Verhalten bei Untersuchung:**

<input type="checkbox"/> kooperativ	<input type="checkbox"/> ablehnend
<input type="checkbox"/> schüchtern	<input type="checkbox"/> altersentsprechend
<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> sonstiges:

1. Allgemeine Anamnese:

- Vorerkrankungen: _____

- bekannte vorbestehende Infektionen, z.B. HIV, Hepatitis, etc.: _____

- Medikation: nein wenn ja, welche: _____

- **Pflege-/Ernährungszustand:**
 - adäquat
 - V.a. Vernachlässigung/ungepflegt
 - V.a. Gedeih-/Entwicklungsstörung

- **Körperlicher Befund:**
 - unauffällig
 - siehe Doku-Bogen
 - Körpergröße/-gewicht: _____



2. Gynäkologische Anamnese:

- gynäkologische Erkrankungen: _____

- Erster Tag der letzten Regelblutung: _____
- Klimakterium: _____
- Postmenopausal: _____
- Schwangerschaft: nein unbekannt
 wenn ja, SSW: _____
- Letzter freiwilliger Sexualekontakt: _____
- Verhütung: nein
 wenn ja, mit: _____
- Anzahl der Geburten: _____

3. V.a. Vergewaltigung:

nein

ja

- **Art des sexuellen Übergriffs:**

Penetration	Ja	Nein	Versucht	Unbekannt	Finger	Penis	Gegenstand
Oral							
Vaginal							
Anal							

- Kondombenutzung: _____
- Ejakulation: _____
- Gleitmittelbenutzung: _____

- **Reinigung nach dem Vorfall:**

- gewaschen/geduscht? nein ja
- Mund gespült? nein ja
- Urin gelassen? nein ja
- Stuhlgang gehabt? nein ja

• **Spuren am Körper:**

- | | | |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> durch Küssen, Lecken, Saugen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| | <input type="checkbox"/> wenn ja, wo: | |
| <input type="checkbox"/> durch Beißen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| | <input type="checkbox"/> wenn ja, wo: | |
| <input type="checkbox"/> durch Würgen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> unbekannt |
| | <input type="checkbox"/> ja | |

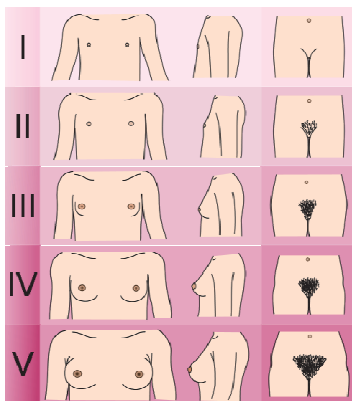
4. Gynäkologische Untersuchung:

• **Untersuchungstechnik:**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rückenlage | <input type="checkbox"/> Separation |
| <input type="checkbox"/> Traktion | |
| <input type="checkbox"/> Knie-Ellenbogen-Position | <input type="checkbox"/> Gynäkologischer Stuhl |

• **Genitalentwicklung:**

- | | |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Achselbehaarung: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schambehaarung: | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bruststadium nach Tanner: | _____ |



• **Genitaler Befund:**

1. Labien: _____
2. Scheidenbereich: _____
3. Hymen: _____
4. Klitoris: _____
5. Dammbereich: _____

• **Reifungsperiode (zum Untersuchungszeitpunkt):**

- Hormonelle Ruheperiode
- Präpubertäre Phase
- Pubertäre Phase

• **Hymenalkonfiguration:**

- annulär
- semilunär
- anders:

• **Analbefund:**

- Dilatation Fissuren
- Normal sonstiges:

• **Verhalten bei der Untersuchung (Schmerzen, Verkrampfung, etc.):** _____



5. Procedere:

- **Spurensicherung:**

Abriebe Haut (wo genau?): _____

Abriebe Mundhöhle: _____

Abriebe Scheide: _____

Abriebe After: _____

Asservierung von Fingernägeln: nein ja

Asservierung der Spuren: im Institut bei betroffener Person

- **Fotodokumentation:**

nein

ja, durch + Verbleib: _____

- **Eindruck, dass die zur Untersuchung erschienene Person unter dem Einfluss von**

Alkohol Drogen/Medikamenten steht?

keine Beeinflussung erkennbar

Blutentnahme (Datum/Uhrzeit/Nr.): _____

Urin (Datum/Uhrzeit/Nr.): _____

Bewertung:

Procedere:

Info Auftraggeber

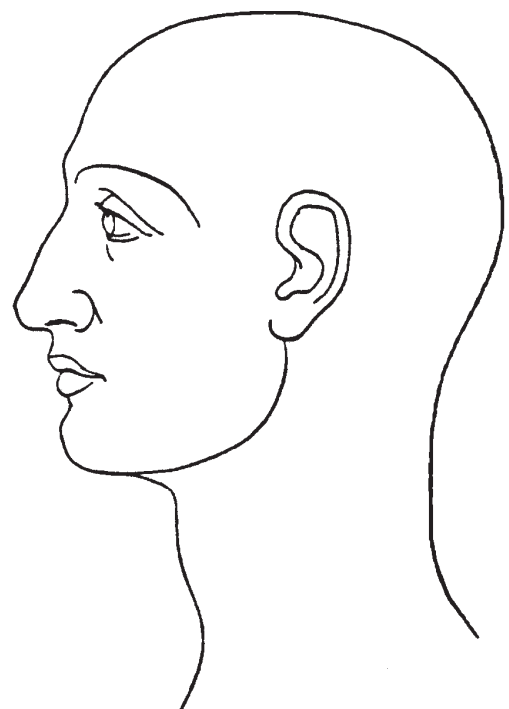
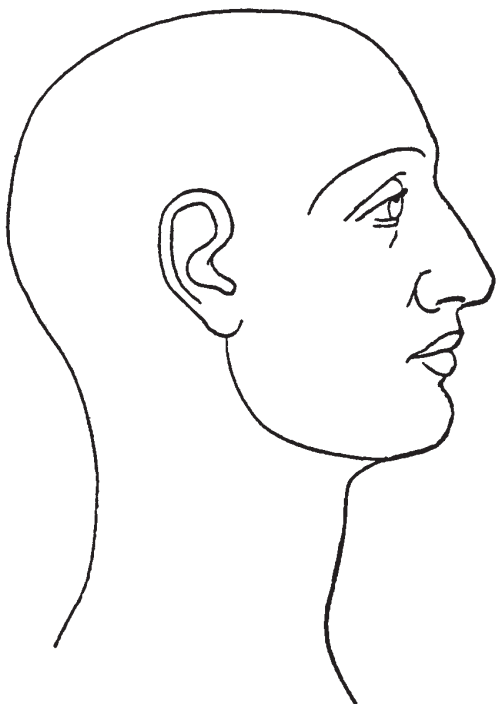
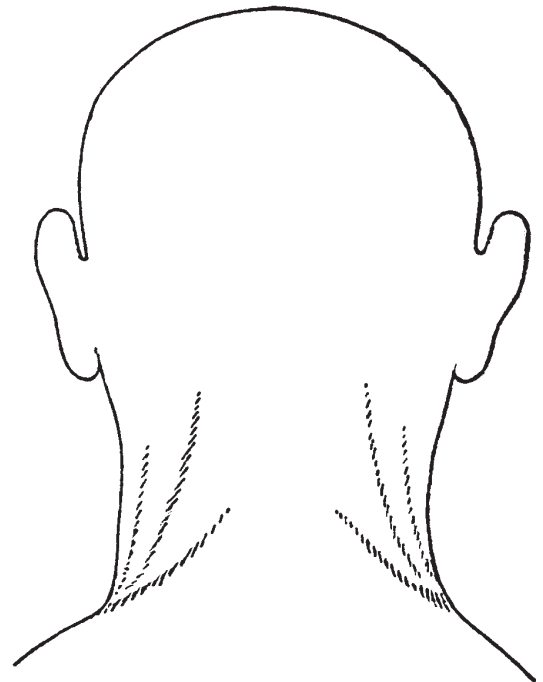
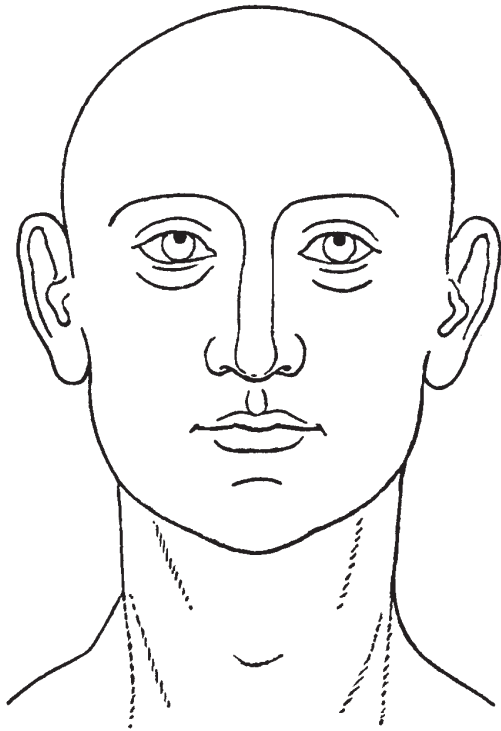
ambulante Untersuchung

Überweisung Klinik

Name:

geboren:

Datum:

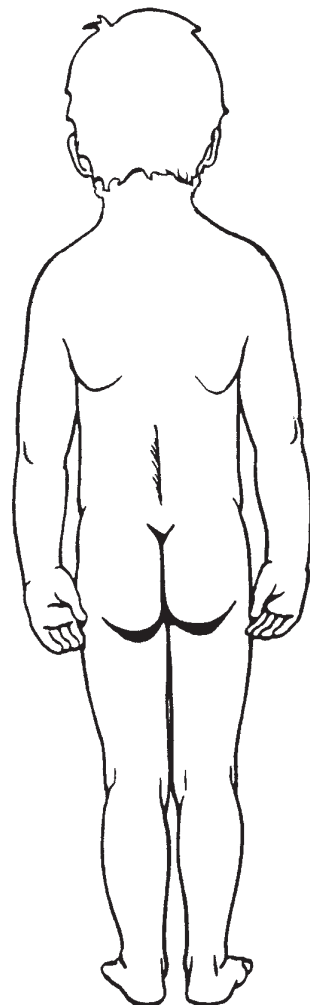
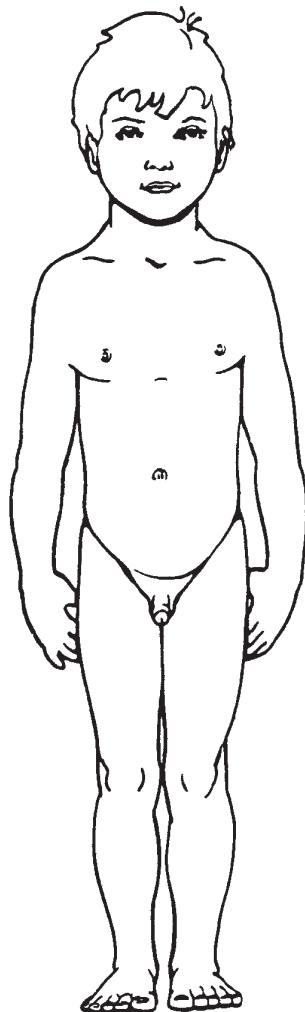




Name:

geboren:

Datum:



Name:

geboren:

Datum:

