

# Dokumentationsbogen Häusliche Gewalt

Der Dokumentationsbogen wurde von den Instituten für Rechtsmedizin der Universitätskliniken Kiel und Lübeck entwickelt und dankenswerter Weise zur Verfügung gestellt.

Untersucher/in: \_\_\_\_\_ Ort der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Patientin: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft: ja  nein

Kommunikationsfähigkeit (z.B. Alkoholeinfluß):

Blutentnahme (Alkohol, Drogenscreening) mit Einverständnis der Patientin: ja  nein

Asservate: ja  nein

Epithelzellsicherung bei Hautkontakt (z.B. an Würgemalen, Hämatomen)

(hierzu mit angefeuchtem Wattestäbchen über die Kontaktstelle streichen, in ein trockenes Gefäß geben und mit Entnahmestelle kennzeichnen)

Geschilderter Hergang:

---

---

---

Vorgeschichte mit Angaben zu eventuellen früheren Misshandlungen:

---

---

---

Beschwerden (insbesondere Schmerzlokalisierung):

---

---

---

## Untersuchungsbefunde

**Psychische Situation:**

---

---

---

**Neurologischer Status:**

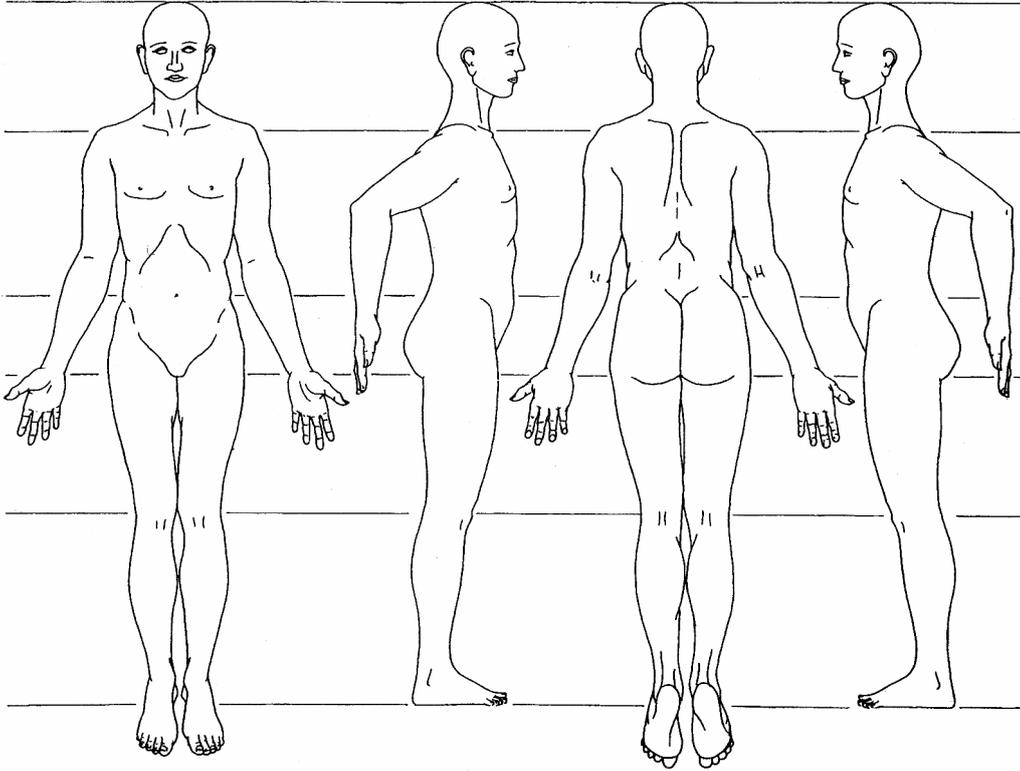
Anamnetische Angaben oder/und Anzeichen für Gewalteinwirkung gegen den Hals oder das Gesicht bzw. den Schädel. Auffälligkeiten bei neurologischer Befunderhebung oder Anamnese (z.B. Bewusstseinsstörung/Amnesie; auffälliger Reflexstatus; Störungen Motorik oder Sensibilität)

---

---

**Körperlicher Befund:**

Zeichnen Sie die Verletzungen in das Schaubild ein, kennzeichnen Sie diese mit fortlaufenden Ziffern und beschreiben Sie die Einzelheiten unter Angabe des entsprechenden Buchstabens der Legende in der Tabelle. Notieren Sie Größe, Alter und Charakteristika jeder Verletzung.



Ziffer	Art (s. Kasten)	Größe	Alter	Charakteristika, Besonderheiten, Schmerz
1				
2				
3				
4				
5				
6				

ggf. weitere Befunde auf einem Extrablatt vermerken

Verletzungsarten				
A: Schnittwunde	B: Stichwunde	C: Bisswunde	D: Schürfwunde	E: Würgemal
F: Hämatome	G: blutende Wunden	H: Brandwunden	I: Frakturen	
J: sonstiges: _____				

Voraussichtlich notwendige Behandlungsdauer:

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung:  ja, ausgestellt bis \_\_\_\_\_  nein

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_