

Dokumentationsbogen Häusliche Gewalt

1. **Name der Ärztin/des Arztes** _____ Stempel _____
Ort der Untersuchung (Praxis, Klinik) _____
Datum _____ Uhrzeit _____
Zuweisende Stelle _____ Unterschrift _____
Bericht wird verfasst für Patientin andere Stelle, welche? _____

2. Angaben zur Patientin

Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum _____
Strasse/Nr. _____ PLZ/Ort _____
Grösse _____ Gewicht _____ Schwangerschaft ja nein
Sprache deutsch andere _____ Übersetzung ja nein
Aktueller Alkohol-/Drogeneinfluss ja, was _____ nein
Bei der Untersuchung anwesende Personen _____

Allgemeinzustand / Psychostatus der Patientin

3. Schilderung der Gewalttat (in den Worten der Patientin detailgetreu festhalten)

Wichtig Sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Gesprächs- und Untersuchungsatmosphäre; stellen Sie direkte, offene Fragen.

Nicht vergessen Zeitpunkt der Gewalttat (Tageszeit, Uhrzeit)? Wer übte die Gewalt aus? Welche Art von Gewalt, Dauer der Misshandlung? Misshandlung mit Gegenständen? Drohung mit Waffe (Art)? Allfällige Zeuginnen/Zeugen (Kinder, Nachbarn)?

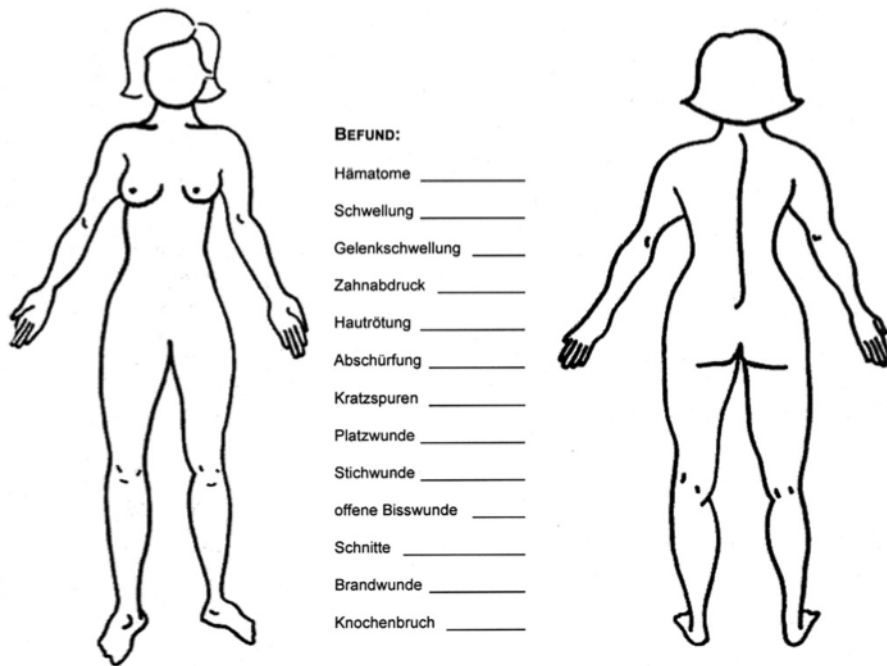
4. Angaben zu früheren Misshandlungen (in den Worten der Patientin festhalten)

Frühere Konsultationen ja, wann? _____ nein

5. Systematische Untersuchung des gesamten Körpers

Genaue Beschreibung der Verletzungen und des körperlichen Befundes. **Wo?** Exakte Verortung am Körper, siehe auch Körperschemazeichnung. **Was?** Benennung des Befundes, (z.B. Rötung, Schwellung, Druckschmerz, oberflächlicher Hautdefekt, tiefer Hautdefekt usw.). **Wie?** Nähere Beschreibung des Befundes (Grösse, Form, Farbe). **Beschreibung weiterer Symptome** (z.B. Kopfschmerzen, Angst, Schlafstörungen usw.)

Wichtig Verletzungen, die darauf hinweisen, dass Lebensgefahr bestand (Strangulation, Würgen usw.), detailliert dokumentieren



Kennzeichnen Sie mit einem Pfeil, welche Verletzungen festgestellt wurden. Geben Sie die Anzahl jeder Verletzung an. Geben Sie auch – gesondert gekennzeichnet – ältere Verletzungen an (evtl. mit Datum der Entstehung).

6. Diagnose oder Verdachtsdiagnose

Welche **Art** von Verletzung und/oder gesundheitlicher Störung liegt vor? **Alter** der Verletzung/ gesundheitlichen Störung unter Angabe der Beurteilungskriterien (frisch, mehrere Tage, entstanden von... bis...)? **Wie ist der Befund im Kontext der Patientin zu bewerten?**

Sind die Verletzungen mit der Schilderung des Tathergangs zu «vereinbaren»?

7. Dokumentation / weitere Massnahmen

Röntgen ja nein Befund

Sono ja nein Befund

Urin-Stix ja nein Befund

Abstriche ja nein wovon?

Blutentnahme ja nein welche Art / wohin gegeben?

Asservate ja nein welche Art / wohin gegeben?

Spureträger (z.B. Kleidungsstücke usw. nie in Plastik lagern!) ja nein

Was / wohin gegeben

Arbeitsunfähigkeit ja von _____ bis _____ zu ____% nein

Verordnete Medikamente _____

Neuer Termin Nachkontrolle ja, wann? _____ nein

8. Fotos

ja, wovon? nein

(möglichst digital mit eingeblendetem Datum / senkrecht zur Hautoberfläche fotografieren / bei Nahaufnahme der Verletzung(en) Massstab oder genormten Gegenstand (Zündholz) mitfotografieren, zusätzliche Übersichtsaufnahme)

Weiterführende Beratung und Unterstützung

Patientin über Beratungs- und Unterstützungsangebote informiert ja nein
Adressen von Beratungsstellen / Informationsmaterial abgegeben ja, welche? nein

Patientin an Fachperson / Beratungsstelle vermittelt ja, welche? nein