

S.I.G.N.A.L.-Dokumentationsbogen bei häuslicher Gewalt

Angaben zur/zum Patient*in	Angaben zur Untersuchung
<i>Nutzen Sie bitte das Patient*in-Etikett auf jedem Blatt des Dokubogens</i>	
Name/Vorname	Name/Vorname Ärzt*in
Geburtsdatum	Ort der Untersuchung
Adresse	Beginn der Untersuchung Uhr
Telefon	Datum
	Im Beisein von
Sprachliche Verständigung: <input type="checkbox"/> fließend <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> mit Sprachmittlung, Sprache	
Bewusstseinslage bei Untersuchung <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> leicht beeinträchtigt <input type="checkbox"/> deutlich beeinträchtigt <input type="checkbox"/> bewusstlos	
Mobilität <input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> bettlägerig	

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur heutigen ☐ Untersuchung und Dokumentation ☐ Fotodokumentation
Diese Einverständniserklärung beinhaltet keine Entbindung von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift

*Sorgen Sie für eine ungestörte Gesprächs- und Untersuchungssituation, und dass Sie mit der/dem Patient*in alleine sind. Bestehen Sie nicht auf Angaben, die die/der Patient*in nicht machen möchte. Notieren Sie mit den Worten der/des Patient*in kurz Angaben zum Ereignis.*

Angaben zum Ereignis

*Nach Darstellung der/des Geschädigten bzw. Patient*in: Grundlage für die Untersuchung. Keine Suggestivfragen!*

Ort Datum Zeitpunkt/Zeitraum (ca.)

☐ Verursacher*in unbekannt, Anzahl ☐ Verursacher*in bekannt, Anzahl Wer

Handelt es sich um einen Wiederholungsfall? ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

Art der Gewaltanwendung/Gewalteinwirkung

.....

.....

.....

Wurden Gegenstände durch den/die ☐ ja ▼ ☐ nein ☐ keine Angabe

Verursacher*in benutzt? Welche?

Gab es Abwehrhandlungen durch die/den Patient*in? ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

Fand Gewalteinwirkung gegen den Hals der/des ☐ ja ▼ ☐ nein ☐ keine Angabe

Patient*in statt? (z. B. Würgen, Drosseln)

Wenn ja: HNO-Konsilbogen empfohlen

☐ Stauungszeichen/Punktblutungen

☐ Aura/Wahrnehmungsstörung

☐ Bewusstlosigkeit

☐ Schwindel

☐ Urin- und Stuhlabgang

☐ Schmerzen im Halsbereich, Schluckbeschwerden, Globusgefühl

☐ Heiserkeit

Fanden sexuelle Handlungen gegen den Willen der/des Patient*in statt? ☐ ja ▼ ☐ nein ☐ keine Angabe
 Erfolgte: ☐ Dokumentation ☐ Spurensicherung
 Wo/durch wen? Wann?

Hat die/der Patient*in vor/nach dem Vorfall Alkohol, Drogen, Medikamente eingenommen? ☐ ja ▼ ☐ nein ☐ keine Angabe
 Wann, was, wieviel?
 Äußert Patient*in den Verdacht auf Fremdbeibringung? ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe

Bestand in zeitlichem Zusammenhang mit der Tat eine Bewusstlosigkeit? ☐ ja ☐ nein ☐ keine Angabe
 (z. B. durch Sturz, Schlag, Angst/Panik o.ä.)

Beschwerden (z.B. Schmerzlokalisierung, Hörminderung, Übelkeit/Erbrechen, Bewegungseinschränkung, Sehstörung)

Körperliche Untersuchung Nutzen Sie zur Befundbeschreibung bitte das Beiblatt: **Körperschemata** und **Verletzungstabellen**. Die Befunde vollständig **in die Körperschemata einzeichnen** und **in den Tabellen beschreiben**.

Kopf	Behaarte Kopfhaut (absuchen, abtasten, kahle Stellen?)	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Stirn- / Schläfenregion	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Augen, incl. Bindehäute	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Ohren, incl. Rückseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Nase / Nasenöffnungen	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Wangen	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Mund (Lippenrot, Zähne, Schleimhaut)	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Kinn	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Liegen punktförmige Einblutungen (Stauungszeichen) vor?	<input type="checkbox"/> ja ▼	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Haut der Augenlider	<input type="checkbox"/> Augenbindehäute	<input type="checkbox"/> Haut hinter den Ohren
	<input type="checkbox"/> Gesichtshaut	<input type="checkbox"/> Mundvorhofschleimhaut	
Hals	Vorderseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Nacken	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Thorax	Mammae	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Brustkorb-Vorderseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Rücken	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Arme	Schultern	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Oberarme, auch Innenseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Unterarme / Handgelenke	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Hände	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Abdomen		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Gesäß		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Genitalbereich		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
Beine	Oberschenkel, auch Innenseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Unterschenkel	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.
	Füße	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.

FotodokumentationErfolgte eine Fotodokumentation von Verletzungen? ☐ ja ☐ nein

Anzahl der Aufnahmen:

Wo archiviert:

*Immer mit Maßstab/Winkellineal fotografieren – Detail- und Übersichtsaufnahmen***Befunde und Ergebnisse**

Röntgen	<input type="checkbox"/> ja, Befund:	<input type="checkbox"/> nein
Sono	<input type="checkbox"/> ja, Befund:	<input type="checkbox"/> nein
Urin (-test)	<input type="checkbox"/> ja, Befund:	<input type="checkbox"/> nein
Labor (Blut)	<input type="checkbox"/> ja, Befund:	<input type="checkbox"/> nein
Abstrich	<input type="checkbox"/> ja, wo:	<input type="checkbox"/> nein
Konsil	<input type="checkbox"/> ja, wer:	<input type="checkbox"/> nein

SpurensicherungWurden Spuren am Körper gesichert? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Art der Spuren:

☐ Abstrich für DNA, Entnahmeort:☐ Fingernagelränder ☐ Anderes

Wo gelagert?

*Abstriche immer in Papierbehälter (kein Plastik). Auf dem Behälter Datum, Uhrzeit und Patient*innendaten vermerken. Behälter versiegeln!***Weiterführende Maßnahmen**

Folgetermin	<input type="checkbox"/> ja, Datum:	<input type="checkbox"/> nein
Überweisung / Einweisung	<input type="checkbox"/> ja, wohin:	<input type="checkbox"/> nein
AU ausgestellt	<input type="checkbox"/> ja, von bis	<input type="checkbox"/> nein
Info / Vermittlung Schutzeinrichtung	<input type="checkbox"/> ja, wohin:	<input type="checkbox"/> nein
Info / Vermittlung Beratungsstelle	<input type="checkbox"/> ja, wohin:	<input type="checkbox"/> nein
Notfallkarte ausgehändigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Information über Gewaltschutzambulanz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fax „Pro-Aktive Beratung“ versendet	<input type="checkbox"/> ja, wohin:	<input type="checkbox"/> nein
Anderes	

Fragen zum Schutzbedürfnis

Ist eine stationäre Aufnahme sinnvoll / möglich / gewünscht?

Möchte die Patientin* in ein Frauenhaus / in eine Zufluchtswohnung?

Möchte die/der Patient*in zu Verwandten oder Freund*in?

Sind Kinder mit betroffen? Wenn ja, sind sie sicher und gut versorgt?

Wenn Sie eine Kindeswohlgefährdung nicht ausschließen können, klären Sie weitere Schritte bitte mit der Hotline Kinderschutz Berlin (030 - 610066), der Medizinischen Kinderschutzhotline (0800-1921000) oder beziehen Sie eine im Kinderschutz erfahrene Fachperson ihrer Klinik ein.

Untersuchung beendet um Uhr

Unterschrift Ärzt*in

Unterschrift Pflegefachperson / MFA



S.I.G.N.A.L. e.V.

Intervention im
Gesundheitsbereich
gegen Gewalt

Der Dokumentationsbogen wurde 2010 in der interdisziplinären Fachgruppe „Gerichtsverwertbare Dokumentation“ der Koordinierungsstelle des S.I.G.N.A.L. e.V. erstellt unter Berücksichtigung des Dokumentationsvordrucks von Grassberger/Hochmeister (Wien, 2008).

Beteiligt sind Vertreter*innen des Instituts für Rechtsmedizin und der Gewaltschutzambulanz der Charité Universitätsmedizin Berlin, des Kriminaltechnischen Instituts/LKA, der Polizei Berlin und der Staatsanwaltschaft Berlin/Opferschutz, von Frauenraum - Fachberatungs- und Interventionsstelle bei häuslicher Gewalt und LARA - Fachstelle gegen sexualisierte Gewalt an Frauen* sowie die Gynäkologinnen Dr. Katrin Wolf (ÖGD), Dr. Claudia Haag, Lina Fryszer und Dunja Gogolin.

An der Erstfassung mitgewirkt haben zudem Mitarbeiterinnen einer Zentralen Notaufnahme sowie die Anwältinnen Vera Belsner und Beate Böhler.

Der Dokumentationsbogen wird in regelmäßigen Abständen überprüft und überarbeitet.
Letzte Aktualisierung: August 2024

*Im Dokumentationsbogen wird der Gender-Stern genutzt (z. B. Patient*in). Mit dieser Schreibweise werden alle Personen angesprochen, unabhängig davon, ob sie sich als Frau, Mann, transsexuell, intersexuell oder non-binär verstehen.*

Bezugsadresse: S.I.G.N.A.L. e.V. Koordinierungsstelle

Grüntaler Straße 1, 13357 Berlin, Telefon: (030) 27 59 53 53, Mail: bestellung@signal-intervention.de

Als PDF oder Online-Formular von der Homepage
www.signal-intervention.de.

Der Dokumentationsbogen wird unterstützt von:



KörperSchemata und BefundTabellen

Patient*in	Name:	Geburtsdatum:
Ärzt*in	Name:	Tagesdatum:

Art der Verletzung *(vorletzte Spalte in der Tabelle)*

A Abschürfung **B** Hämatom **C** Riss-/Quetschwunde **D** Fraktur **E** Schnitt-/Stichwunde **F** Thermische Verletzung

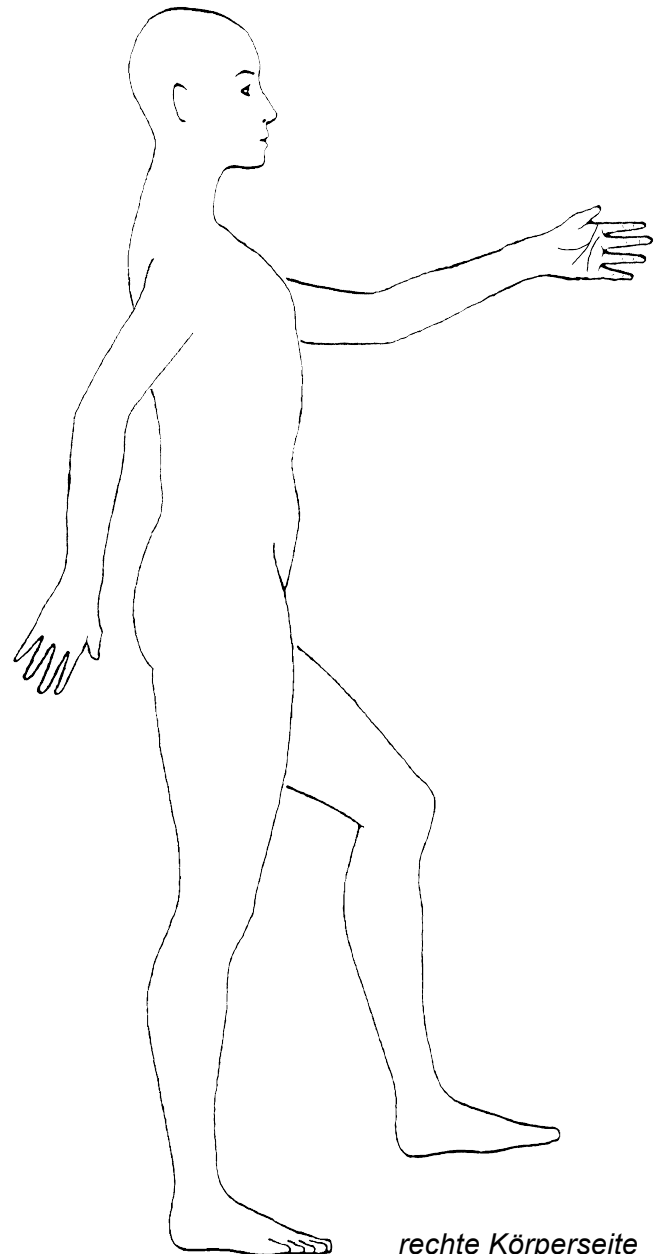
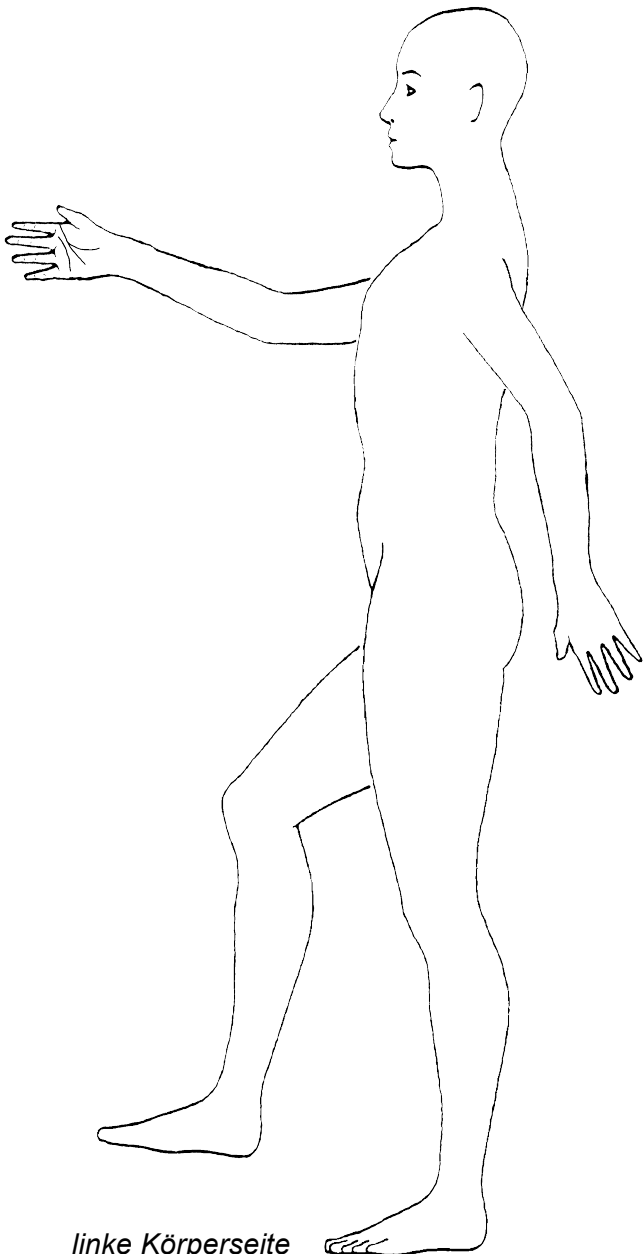
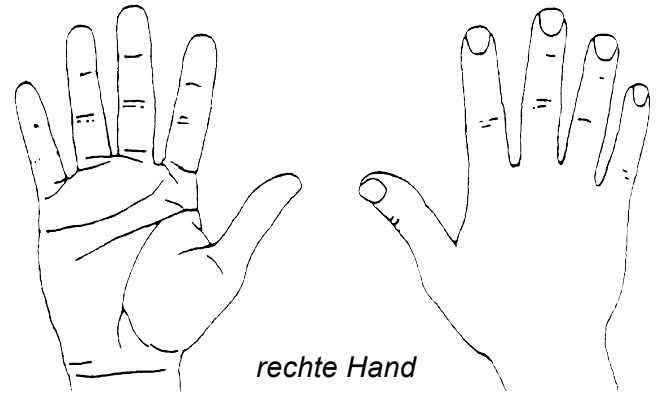
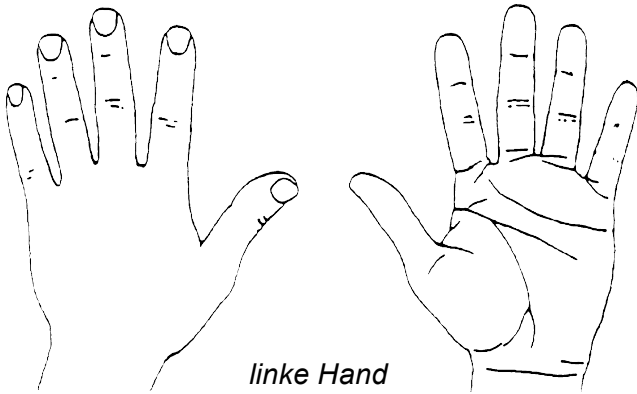
Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Größe, Farbe, Form, Wundränder)	Art	Foto
1.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
7.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
8.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
9.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
10.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Patient*in

Name:

Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen

Dokumentieren Sie alle Verletzungen, die Sie sehen. Zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata. Notieren Sie die Charakteristika jeder Verletzung (Größe, Farbe, Form, Wundränder) in der Tabelle unter der entsprechenden Ziffer. Weisen Sie jeder Verletzungsart den entsprechenden Buchstaben zu.



KörperSchemata und BefundTabellen

Patient*in	Name:	Geburtsdatum:
Ärzt*in	Name:	Tagesdatum:

Art der Verletzung *(vorletzte Spalte in der Tabelle)*
A Abschürfung B Hämatom C Riss-/Quetschwunde D Fraktur E Schnitt-/Stichwunde F Thermische Verletzung

Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Größe, Farbe, Form, Wundränder)	Art	Foto
1.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
4.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
5.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
6.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
7.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
8.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
9.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
10.					Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Patient*in

Name:

Verletzungsmuster und Verletzungslokalisationen

Dokumentieren Sie alle Verletzungen, die Sie sehen. Zeichnen Sie alle Verletzungen mit fortlaufenden Ziffern in die Körperschemata. Notieren Sie die Charakteristika jeder Verletzung (Größe, Farbe, Form, Wundränder) in der Tabelle unter der entsprechenden Ziffer. Weisen Sie jeder Verletzungsart den entsprechenden Buchstaben zu.

