

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

<b>Angaben zur/zum Patient*in</b> Nutzen Sie bitte das Patient*in-Etikett auf jedem Blatt des Dokubogens	<b>Angaben zur Untersuchung</b>
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  
Verursacher\*in benutzt?  
Welche? \_\_\_\_\_

ja ▼  nein  keine Angabe

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

Fand Gewalteinwirkung gegen den Hals der/des  
Patient\*in statt? (z.B. Würgen, Drosseln)

ja ▼  nein  keine Angabe

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?	<input type="checkbox"/> ja ▼	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine Angabe
Wo/durch wen?	Erfolgte: <input type="checkbox"/> Dokumentation <input type="checkbox"/> Spurensicherung		
Hat die/der Patient*in vor/nach dem Vorfall Alkohol, Drogen, Medikamente eingenommen?	<input type="checkbox"/> ja ▼	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine Angabe
Wann, was, wieviel?	Wann?		
Äußert Patient*in den Verdacht auf Fremdbebringung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine Angabe

Bestand in zeitlichem Zusammenhang mit der Tat eine Bewusstlosigkeit? (z. B. durch Sturz, Schlag, Angst/Panik o.ä.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> keine Angabe
---	-----------------------------	-------------------------------	---------------------------------------

**Beschwerden** (z.B. Schmerzlokalisation, 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.

<b>Kopf</b>	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. Bindegäute	<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"/> Augenbindegäute	<input type="checkbox"/> Haut hinter den Ohren	<input type="checkbox"/> Gesichtshaut	<input type="checkbox"/> Mundvorhofsleimhaut
<b>Hals</b>	Vorderseite	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.			
	Nacken	<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.			
<b>Thorax</b>	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.			
<b>Arme</b>	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.			
<b>Abdomen</b>		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.			
<b>Gesäß</b>		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.			
<b>Genitalbereich</b>		<input type="checkbox"/> Befund	<input type="checkbox"/> o.B.			
<b>Beine</b>	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.			

## Fotodokumentation

Erfolgte 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

## Spurensicherung

Wurden Spuren am Körper gesichert?  ja  nein

Wenn ja, Art der Spuren:

Abstrich für DNA, Entnahmestandort: .....

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 Zufluchtwohnung?

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](mailto:bestellung@signal-intervention.de)  
Als PDF oder Online-Formular von der Homepage  
[www.signal-intervention.de](http://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

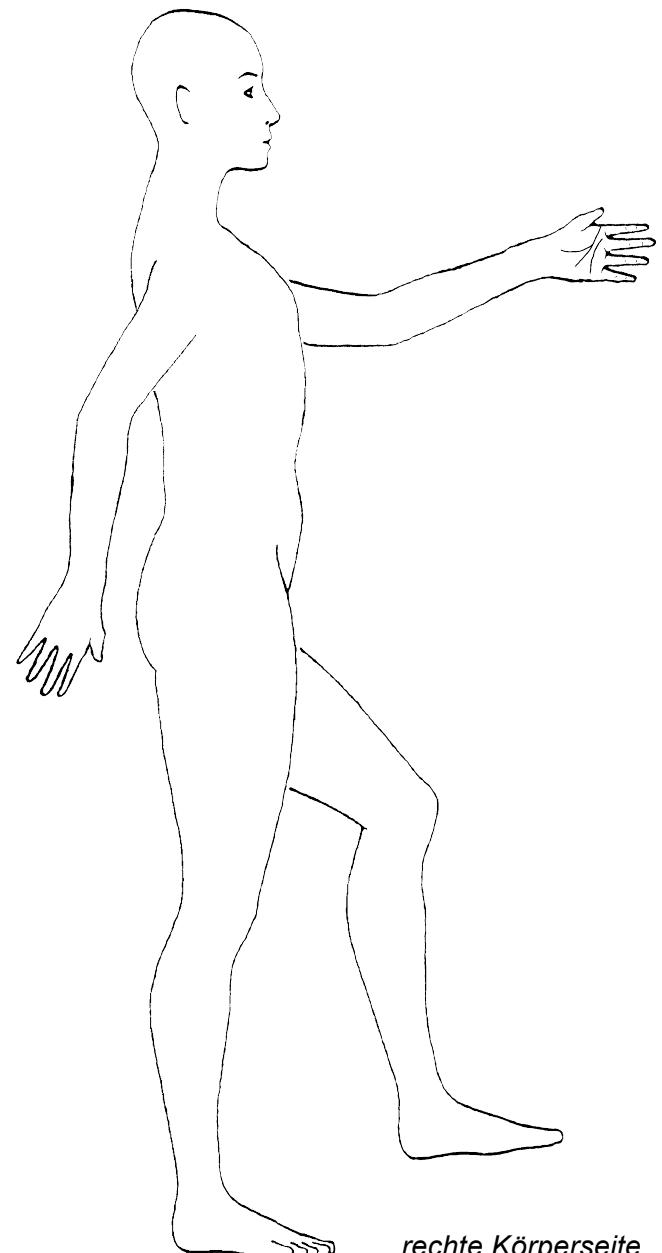
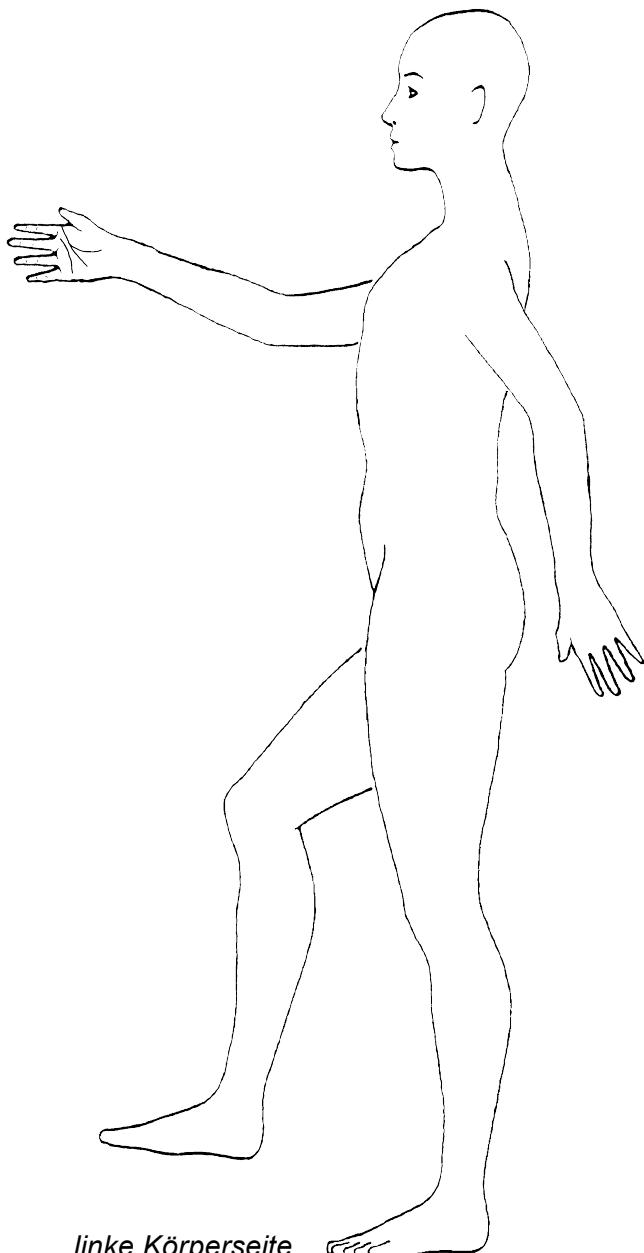
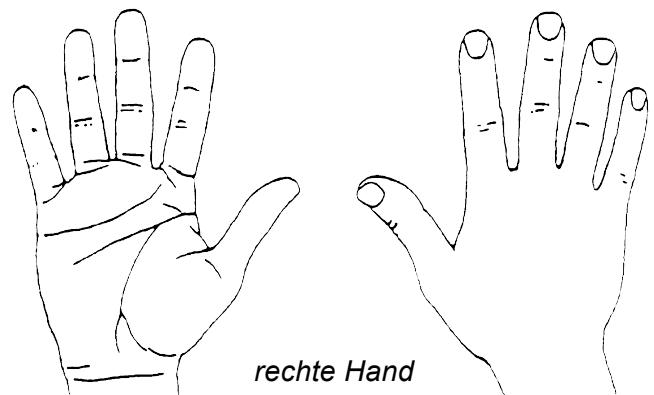
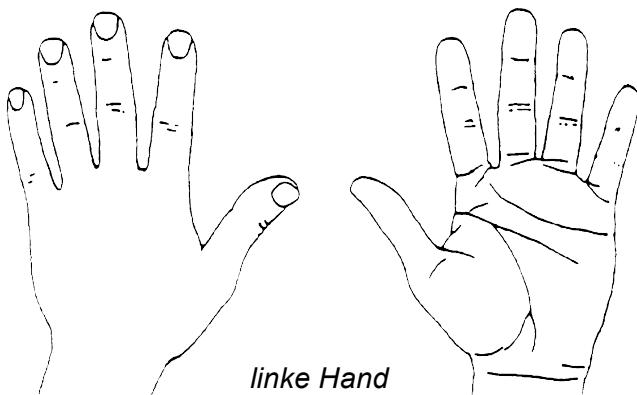
Nr.	Lokalisation	Größe/Tiefe	Möglichst genaue Beschreibung (Größe, Farbe, Form, Wundränder)	Art	Foto
1.				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
2.				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
3.				Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	
4.		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

Blatt bitte mit Patient\*in-Etikett versehen

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.



linke Körperseite

rechte Körperseite

A / Körperschemata

# 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.

