

Untersuchungsbogen Körperliche Gewalt

Bitte beachten Sie die Melderechte / Meldepflichten bezüglich Fälle von körperlicher Gewalt im jeweiligen Kanton.

Aufklärung und Einwilligung zur körperlichen Untersuchung

Vor Beginn der Untersuchung am hat mich Herr / Frau

über Folgendes informiert:

Die Untersuchung dient der

- Befunderhebung und Dokumentation
- evtl. der Erstattung eines Berichtes / Zeugnisses
- Wenn ich nicht möchte, muss ich keine Angaben zu den gegenständlichen Ereignissen machen.

Einwilligung / Ablehnung

- Ich gebe meine Einwilligung in die körperliche Untersuchung
- Ich verweigere die körperliche Untersuchung

Datum / Zeit / Unterschrift der untersuchten Person:

.....

Untersuchung

Ort der Untersuchung:

Datum: Uhrzeit:

Untersucher:

Personalien

Name: Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Gewicht: Grösse: Händigkeit:

Angaben zum Ereignis

Ort:

Datum: Uhrzeit:

Zeitspanne zwischen Ereignis und Untersuchung:

- Täter bekannt Name:
- Täter unbekannt

Anzahl Täter:

Handelt es sich um einen wiederholten Vorfall mit demselben Täter: Ja Nein

Angaben der Untersuchten / des Untersuchten:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wurden Tatwerkzeuge (Waffen) benutzt?

Ja, welche: Nein Unklar

Hat sich die / der Geschädigte gewehrt?

Ja Nein Unklar

Hat die / der Geschädigte den Täter gekratzt?

Ja Nein Unklar

Fand ein Angriff gegen den Hals (Würgen, Drosseln, Unterarmwürgegriff) statt?

Ja Nein Unklar

Falls **Ja**, traten folgende Symptome auf:

- Bewusstlosigkeit / Schwarz sehen
- Schwindel
- Urin- und / oder Stuhlabgang
- Heiserkeit
- Schluckbeschwerden und / oder Schmerzen im Halsbereich

Wurde vor, während oder nach dem Ereignis eingenommen:

Alkohol Ja: was, wann, wieviel:
.....
 Nein

Medikamente Ja: was, wann, wieviel:
.....
 Nein

Betäubungsmittel Ja was, wann, wieviel:
.....
 Nein

Falls **Ja**: Blut- und / oder Urinprobe erwägen.

Spurensicherung

Antragungen / Beschädigungen an Kleidung?

Ja Nein

Kleidung sichergestellt?

Ja Nein

Andere Spuren am Körper vorhanden?

Ja Nein

Spuren am Körper gesichert?

Ja Nein

Körperliche Untersuchung

- Verletzungen möglichst detailliert beschreiben (Lokalisation, Masse, Farbe, Wundränder, Wundwinkel, Anhaftungen etc.)
- Vorliegen von Verletzungen: Fotodokumentation: Übersicht und Nahaufnahme mit Massstab
- Bei Vorliegen zahlreicher Verletzungen: bitte auf Schemazeichnungen einzeichnen (siehe Anhang 1 und 2)
- Detaillierte Beschreibung: Nummerieren und auf Blatt Anhang 3 beschreiben

Kopf

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopfhaut: | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Gesichtshaut: | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Ohren (inkl. Hinterohrregion): | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Augen (inkl. Bindehäute): | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Nase (inkl. Nasenseptum, Nasenöffnungen, Fremdinhalt): | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Mund (inkl. Lippenrot, Lippenbändchen, Gebiss) | <input type="checkbox"/> unverletzt |
- Speziell:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Punktförmige Einblutungen? | <input type="checkbox"/> Ja: |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Augenbindehäute |
| | <input type="checkbox"/> Augenlider |
| | <input type="checkbox"/> Hinterohrregionen |
| | <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut |
| | <input type="checkbox"/> Gesichtshaut |
| | <input type="checkbox"/> Trommelfelle |
| <input type="checkbox"/> Hals inklusive Nacken | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Nacken: | <input type="checkbox"/> unverletzt |

Rumpf

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brustwarzen: | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Brustkorbvorderseite: | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Bauch: | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Rücken: | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Gesäss: | <input type="checkbox"/> unverletzt |

Genitale / Afterregion

Bei Verletzungen Genitale: Einbezug Gynäkologie / Urologie / Proktologie

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Genitale: | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Damm / After: | <input type="checkbox"/> unverletzt |

Extremitäten

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Arme: | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Hände (inkl. Fingernägel: Abbrüche?): | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Beine (inkl. Oberschenkelinnenseiten): | <input type="checkbox"/> unverletzt |
| <input type="checkbox"/> Füße | <input type="checkbox"/> unverletzt |

Spezielle Verletzungsmuster

Geformte Verletzungen? Ja Nein

Wenn Ja: nähere Beschreibung (Schuhsohlenprofil, Doppelstreifen)

.....

Bissverletzungen? Ja Nein

Wenn Ja: Lokalisation:

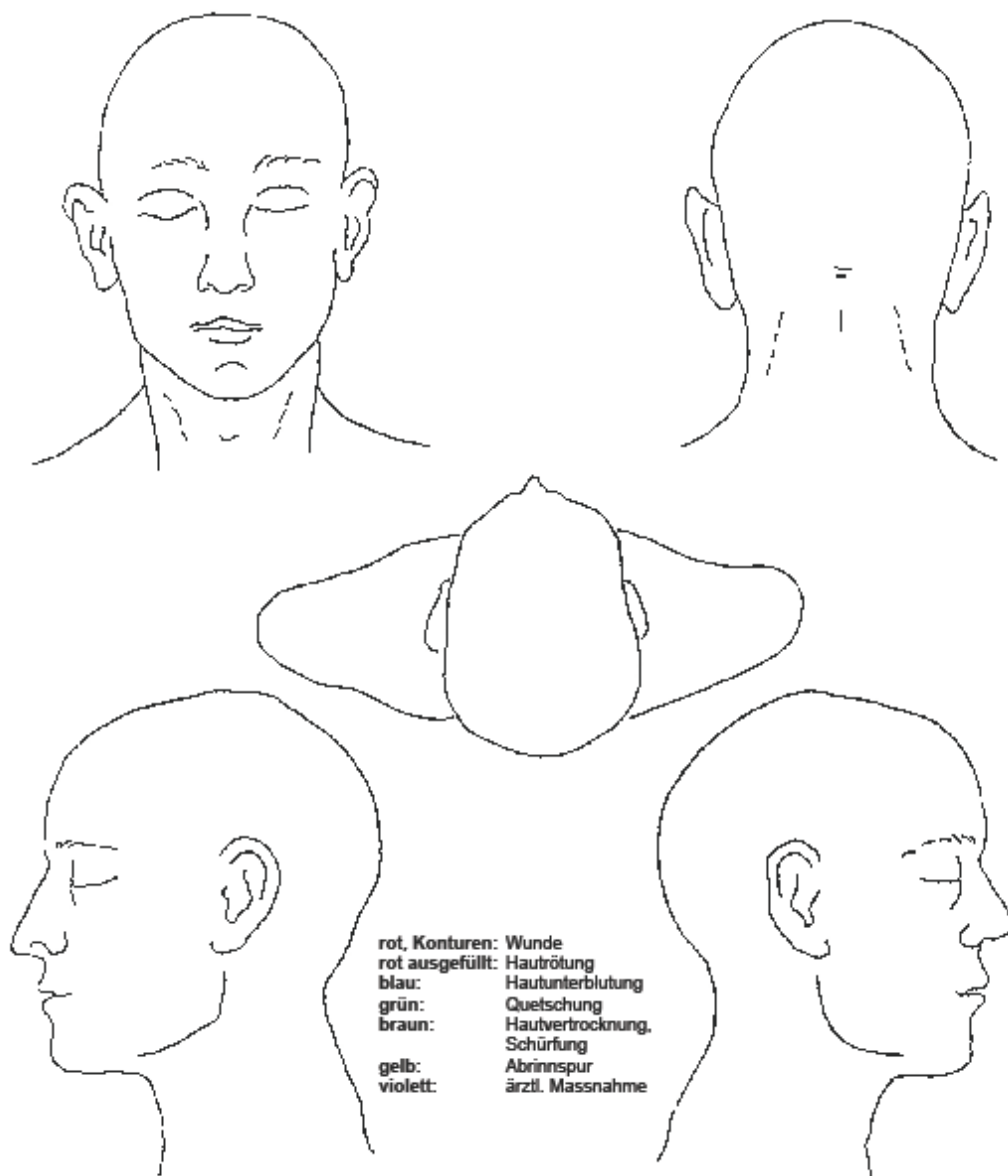
Interpretation der Verletzungen / Lebensgefahr

.....
.....
.....
.....
.....

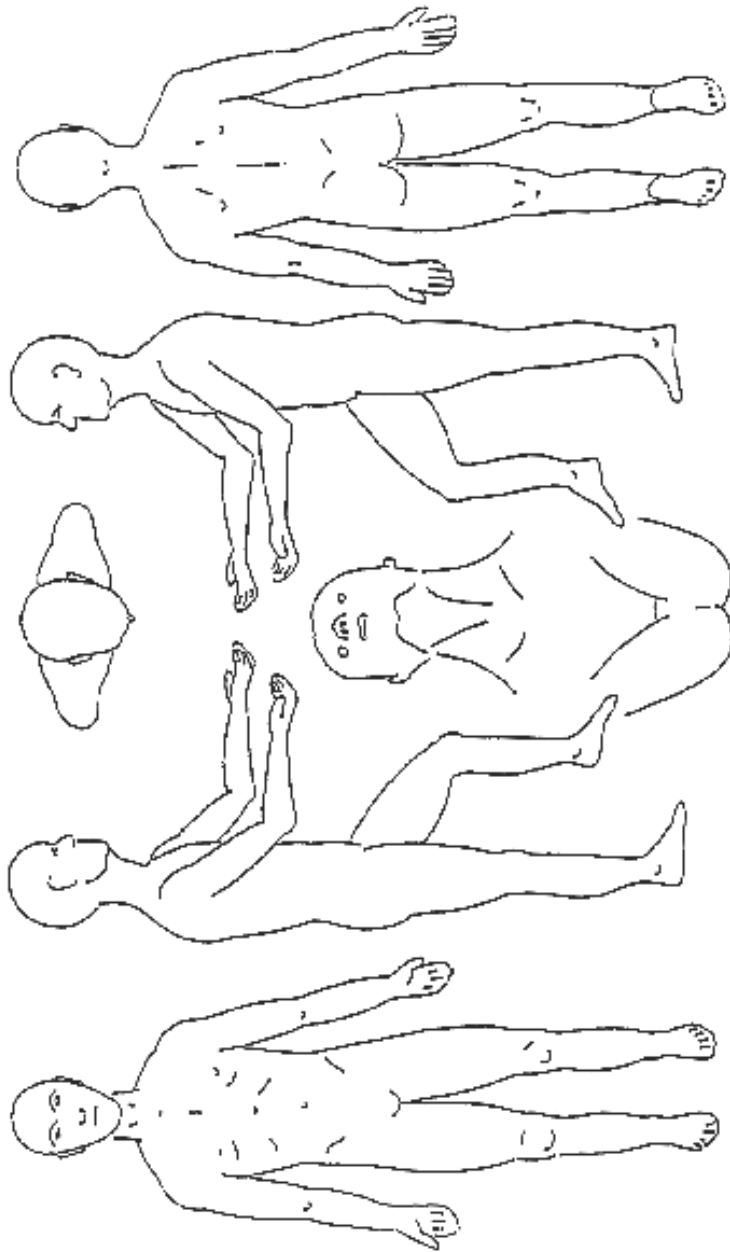
Ende der Untersuchung

Datum: Uhrzeit:

Anhang 1: Schema Kopf



Anhang 2: Schema Körper



rot, Konturen: Wunde
rot ausgefüllt: Hautrötung
blau, Konturen: Hauteinblutung
blau ausgefüllt: Hautunterblutung
grün: Quetschung
braun: Hautvertrocknung, Schürfung
gelb: Abdrucksur
violett: ärztl. Massnahme

