

Dokumentationsbogen Häusliche Gewalt

Mustervorlage

1. Name der Ärztin / des Arztes:

Stempel:

Ort der Untersuchung (Praxis, Klinik):

Datum:

Uhrzeit:

Zuweisende Stelle:

Unterschrift:

Bericht wird verfasst für: ☐ Patientin ☐ Andere Stelle:

2. Angaben zur Patientin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse:

PLZ / Ort:

Grösse:

Gewicht:

Schwangerschaft: ☐ ja ☐ nein

Sprache: ☐ deutsch ☐ andere:

Übersetzung: ☐ nein ☐ ja

wer?

Aktueller Alkohol-/Drogeneinfluss: ☐ nein ☐ ja,

was?

Bei der Untersuchung anwesende Personen:

Allgemeinzustand der Patientin / Psychostatus:

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? Dauer der Misshandlung? Einsatz von Waffen/Messer/Gürtel? Allfällige Zeuginnen/Zeugen (Kinder, Nachbarn usw.)?

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

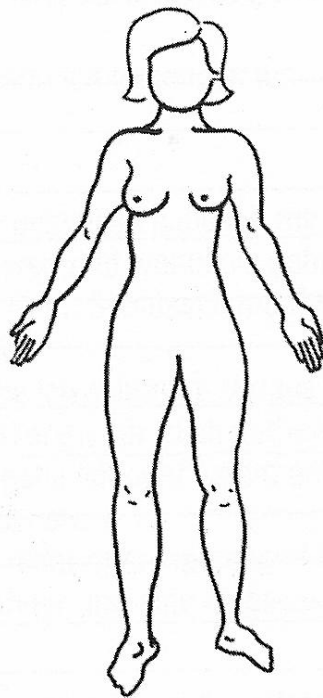
Frühere Konsultationen ☐ nein ☐ ja, wann:

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.).

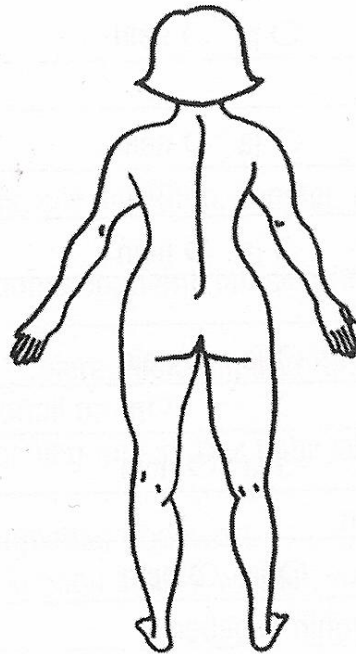
Wie? Nähere Beschreibung des Befundes (Grösse, Form, Farbe). **Beschreibung weiterer Symptome** (z. B. Kopfschmerzen, Angst, Schlafstörungen usw.)

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



BEFUND:

- Hämatome _____
- Schwellung _____
- Gelenkschwellung _____
- Zahnabdruck _____
- Hautrötung _____
- Abschürfung _____
- Kratzspuren _____
- Platzwunde _____
- Stichwunde _____
- offene Bisswunde _____
- Schnitte _____
- Brandwunde _____
- Knochenbruch _____



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

wo:

Blutentnahme: ☐ ja ☐ nein

wohin gegeben:

Asservate: ☐ ja ☐ nein

welcher 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 ☐ nein wovon:

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

Weiterführende Beratung und Unterstützung

Patientin über Beratungs- und Unterstützungsangebote informiert ☐ nein ☐ ja

Adressen von Beratungsstellen / Informationsmaterial abgegeben ☐ nein ☐ ja, was?

Patientin an Fachperson / Beratungsstelle vermittelt ☐ nein ☐ ja, welche?