

Diagnose: Häusliche Gewalt

Dokumentationsbogen

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Vor- und Nachname

Straße und Hausnummer

PLZ

Wohnort

Geburtsdatum

Name der Ärztin/des Arztes

Tel.-Nr.

(in Druckbuchstaben)

Unterschrift

Stempel

Ort der Untersuchung

Datum

Uhrzeit

Allgemeine Daten zur Patientin/zum Patienten

Körpergröße

cm

Körpergewicht

kg

Schwangerschaft

Ja

Nein

Kommunikation

Die Patientin/der Patient spricht kein Deutsch oder ist gehörlos: Wie hat das Anamnesegespräch stattgefunden?

Kommunikationsfähigkeit (z.B. Alkohol-/Drogeneinfluss)



Fragen zur traumatisch erlebten Situation

Bitte sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Gesprächs- und Untersuchungsatmosphäre.

Je sorgfältiger und genauer Sie dokumentieren, desto besser wird dieser Bogen auch für juristische Zwecke verwertbar sein.

Stellen Sie direkte, aber offene Fragen. (»Ich habe den Eindruck,

Ihre Verletzungen sind durch körperliche Gewalt entstanden. Möchten Sie schildern, wie Ihre Verletzungen entstanden sind?«) Notieren Sie mit den eigenen Worten der Patientin/des Patienten die Angaben über den Hergang und wer daran beteiligt/zugegen war.

Nicht vergessen

- Zeitpunkt (Datum, Uhrzeit) und Dauer der Gewalttat.
- Wurden Gegenstände als Waffen bei der Gewalttat benutzt?
- Berichtet die Patientin von sexuellen Gewalttaten, psychischen Misshandlungen oder ökonomischer Gewalt?

Geschilderter Hergang

Vorgeschichte/Angabe zu eventuellen früheren Misshandlungen

Beschwerden

Angaben zur Person, die die Verletzung verursacht habe



Untersuchungsbefunde

Körperlicher Befund

Beschreiben Sie genau, was Sie sehen.

Wo: Zuordnung am Körper unter Verwendung von anatomisch/topografischen Strukturen zur exakten Ortsbestimmung (nutzen Sie zur Verdeutlichung die Skizzen auf der nächsten Seite).

Was: Benennung des Befundes, z.B. Hämatom, Schnittwunde usw..

Wie: Nähere Beschreibung des Befundes mit Größe, Form, Farbe, und ziehen Sie dann vorsichtige Rückschlüsse dazu, um welche

Art der Verletzung oder Störung es sich handelt,

wie alt die Verletzung wahrscheinlich ist (geben Sie ihre Kriterien dazu an) und wie der Befund im

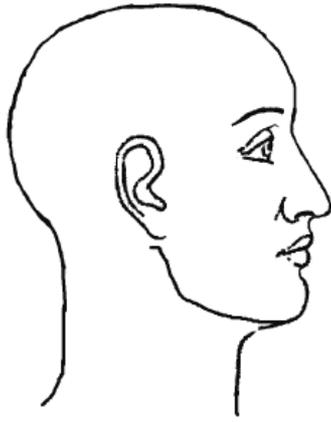
Kontext der Anamnese zu bewerten ist (Übereinstimmung, Abwei-

chung). Bitte formulieren Sie eher zurückhaltend!

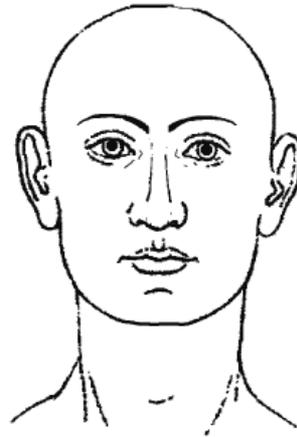
(Quelle: Institut für Rechtsmedizin Köln).

Bei Fragen zu Verletzungsbefunden allgemein oder auch im konkreten Behandlungsfall können Sie sich jederzeit an ein rechtsmedizinisches Institut wenden.

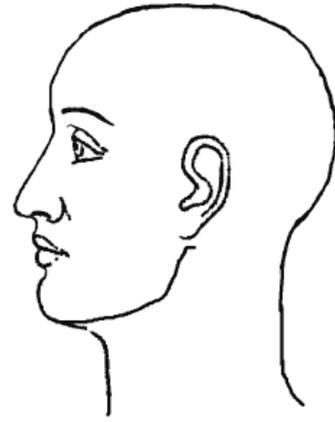
Rechte Seite



Vorderansicht

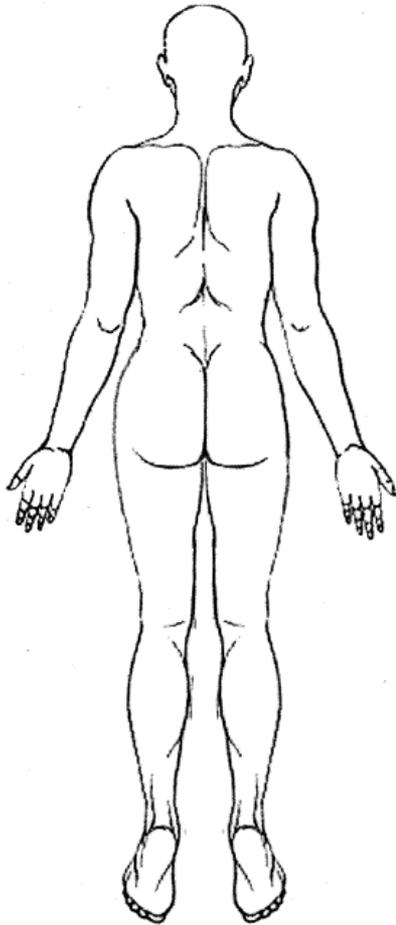


Linke Seite

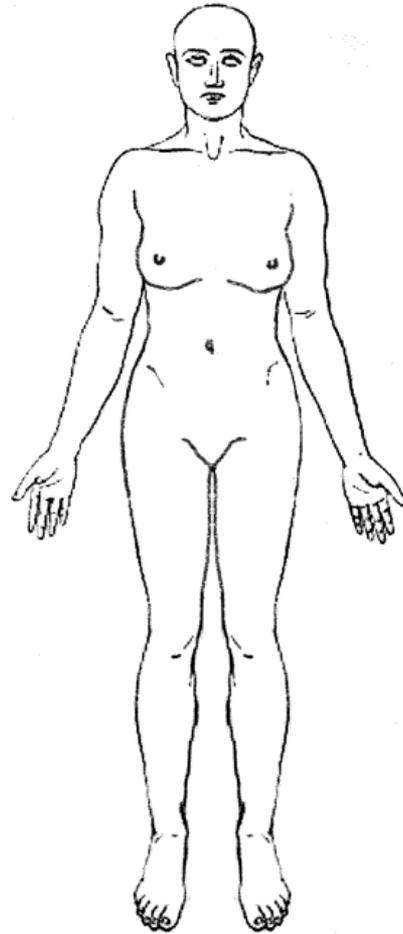


Befunde: Kopf

Rückseite



Vorderseite



Befunde: Körper

Wurden Fotos aufgenommen?

Ja Nein

Anzahl _____ (immer mit Maßstab)

Neurologischer Status

z.B. Bewusstseinsstörungen/Amnesie, auffälliger Reflexstatus, Störungen der Motorik/Sensibilität

Psychischer Befund

z.B. eingeschränkte Kommunikationsfähigkeit, Niedergeschlagenheit, Angst, Verzweiflung, Unruhe

Psychische Beschwerden in der letzten Woche

z.B. längere depressive Reaktionen, Lustlosigkeit, emotionaler Rückzug, Besorgnis, Anspannung, wiederkehrende Angstgefühle, sozialer Rückzug, Antriebsminderung, fühlt sich in Alltagsaktivitäten gebremst

Weitere Symptome

z.B. Suizidideen, Verlust des Selbstwertgefühls und der Selbstachtung, Selbstverletzung, somatoforme Schmerzstörung, Störungen der sexuellen Funktionen und des Erlebens, Essstörungen, Substanzmissbrauch

Psychische Verdachtsdiagnose nach Kurzform PHQ-D

Die folgende Kurzform bitte nur verwenden, wenn der PHQ-D-Fragebogen von der Patientin/dem Patienten ausgefüllt wurde und den Unterlagen beigefügt ist.

- Kodierung Maj Dep Syn **schwere depressive Symptomatik** Ja
wenn fünf oder mehr der Fragen 1a–i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Fragen 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).
- Kodierung And Dep Syn **leichte bis mittelgradige depressive Episode** Ja
wenn zwei, drei oder vier der Fragen 1a–i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Fragen 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).
- Kodierung Pan Syn **Angstattacken** Ja
wenn alle Fragen 2a–e mit „Ja“ beantwortet sind.



Blutentnahme (Alkohol, Drogen, Infektionsscreening) mit Einverständnis der Patientin/des Patienten

Ja Nein

Befund

Röntgen

Ja Nein

Befund

Sono

Ja Nein

Befund

Urin-Stix

Ja Nein

Befund

Abstriche/Asservate

Ja Nein

Wo

Konsil

Spureträger sichergestellt (z.B. Kleidungsstücke) [in Papiertüte, Karton, Stofftasche – nie Plastik!]

Ja Nein

Welche/Wo



Sind bleibende Schäden zu erwarten?

Ja Nein

Welcher Art sind die Schäden

Prüfen Sie das Schutzbedürfnis Ihrer Patientin/Ihres Patienten

Prüfen Sie, ob eine stationäre Aufnahme im Krankenhaus bis zum nächsten Tag sinnvoll/möglich ist. Falls die Bedrohung anhält: Klären Sie, ob die Patientin (evtl. von der

Polizei) in ein Frauenhaus bzw. ob die Patientin/der Patient zu einem anderen sicheren Ort gebracht werden möchte.

Besprechen Sie mit der verletzten Person, ob sie zu einer Freundin, einem Freund oder Verwandten gehen möchte.

Abschließend

- Patientin/Patient hat Information über lokale Hilfeeinrichtungen erhalten Ja Nein
- Patientin/Patient wurde darauf hingewiesen, sich (bei Hausärztin/-arzt) für Folgeuntersuchungen vorzustellen Ja Nein
(Dokumentation des Verletzungs- und Behandlungsverlaufes, mögliche Folgeschäden beachten!)
- Vorstellung bei einer/m Traumatherapeutin/en wird für erforderlich gehalten Ja Nein
- Vorstellung bei einer/m Traumatherapeutin/en mit der Patientin/dem Patienten besprochen Ja Nein

Wurde ein erneuter Termin hier vereinbart?

Ja Nein

Datum _____

Voraussichtliche Behandlungsdauer der gegenwärtigen Verletzungen

Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt?

Ja Nein

bis zum _____

Sonstiges/Auffälligkeiten

Quellenhinweis: Dieser Dokumentationsbogen basiert in Teilen auf dem durch das Netzwerk „Gewaltintervention im Gesundheitswesen“ beim Hessischen Sozialministerium erstellten Dokumenta-

tionsbogen. Die Auszüge durften mit freundlicher Genehmigung des Hessischen Sozialministeriums verwandt werden.



Ergänzender Dokumentationsbogen bei Verdacht auf Sexualstraftaten

7

Name der Patientin/des Patienten (Vor- und Nachname)

Geburtsdatum

1. Gynäkologische Untersuchung (Verletzungen, Antragungen, Entzündungen)

Befund des Hymenalringes

Spekulum-Untersuchung (Rötung, Verletzungen?)

Gynäkologischer Tastbefund (Schmerzen?)

Analring und perianale Region

2. Spurensicherung am Körper

Sicherungsart (z.B. fragliche Blut-/Sekretspuren vom Täter)
Spezielles Filterpapier oder Watteträger (auf Holz) anfeuchten,
Spur aufnehmen, trocknen lassen, z.B. in Glasröhrchen verpacken.

3. Spurensicherung Epithelzellensicherung

Sicherungsart Kontaktpuren für eine spätere Untersuchung (z.B. Blutgruppen-, DNA-Untersuchung) zur Identifizierung des Täters/der Täterin, Bauchdecken oberhalb der Schambehaarung und an den Oberschenkeln (innen), sonstige (intime) Körperkontaktstellen (auch von Gewaltanwendungen, z.B. an der Brust)
Mit unbeduderten Einmalhandschuhen den Tesastreifen (transparent) auf Hautbereich kleben, anschließend über Petrischale kleben und beschriften.

Schamhaare auskämmen und verpacken

Vergleichsschamhaare abschneiden (kurz über der Haarwurzel, ca. 20 Haare) und verpacken

Abstriche für den Nachweis von Spermien

Sicherungsart Vagina 2 Abstriche, ggf. Mund, Anus und andere Körperbereiche nach Angaben des Opfers
Watteträger auf Holz, Spur aufnehmen, trocknen lassen und z.B. in ein Glasröhrchen verpacken.

Abstriche für den Nachweis von Bakterien und anderen Erregern

Vulva und Vagina getrennt, jeweils mittels üblicher Watteträger des Institutes für Mikrobiologie

4. Urin- und Blutentnahme

- DNA-Analyse (1 Röhrchen EDTA-Blut), Speichelprobe
- Bakteriologie/Virologie (1 – 2 Röhrchen Nativ-Blut)
- Blutalkoholbestimmung, Toxikologie (1 bzw. 2 Röhrchen Nativ-Blut)
- Schwangerschaftsbestimmung (1 Röhrchen Nativ-Blut)

5. Bekleidung (einzeln in Papiertüten asservieren)

6. Bemerkungen (z.B. verabreichte/verschriebene Medikamente, keine Anamnese, keine gutachterliche Bewertung)

Unterschrift d. Arztes

Datum

Gesundheitsfragebogen für Patienten (Kurzform PHQ-D)

Dieser Fragebogen ist ein wichtiges Hilfsmittel, um Ihnen die bestmögliche Behandlung zukommen zu lassen. Ihre Antworten können Ihrem Arzt helfen, Ihre Beschwerden besser zu verstehen. Bitte beantworten Sie jede Frage, so gut Sie können. Überspringen Sie Fragen bitte nur, wenn Sie dazu aufgefordert werden.

Name: _____ Alter: _____ Geschlecht: weiblich männlich Datum: _____

1 Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Bei-nähe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 Fragen zum Thema „Angst“.

	NEIN	JA
a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3.		
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf – d. h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 Wenn eines oder mehrere der in diesem Fragebogen beschriebenen Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:

Überhaupt nicht erschwert

Etwas erschwert

Relativ stark erschwert

Sehr stark erschwert

Nur für den Gebrauch in der eigenen Praxis zur Patientenuntersuchung. Vervielfältigung zu kommerziellen Zwecken verletzt das Urheberrecht.

KODIERUNG: *Maj Dep Syn*, wenn fünf oder mehr der Fragen 1a–i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). *And Dep Syn*, wenn zwei, drei oder vier der Fragen 1a–i mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet sind und Frage 1a oder 1b darunter sind (1i auch mitzählen, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist). *Pan Syn*, wenn alle Fragen 2a–e mit „JA“ beantwortet sind.

Deutsche Übersetzung und Validierung des „Brief Patient Health Questionnaire (Brief PHQ)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. (Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams, 1999). © 2002 Pfizer