

# 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!

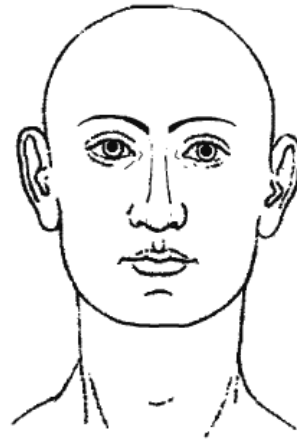
*(Quelle: Institut für Rechtsmedizin Köln).*

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

Rechte Seite



Vorderansicht



Linke Seite

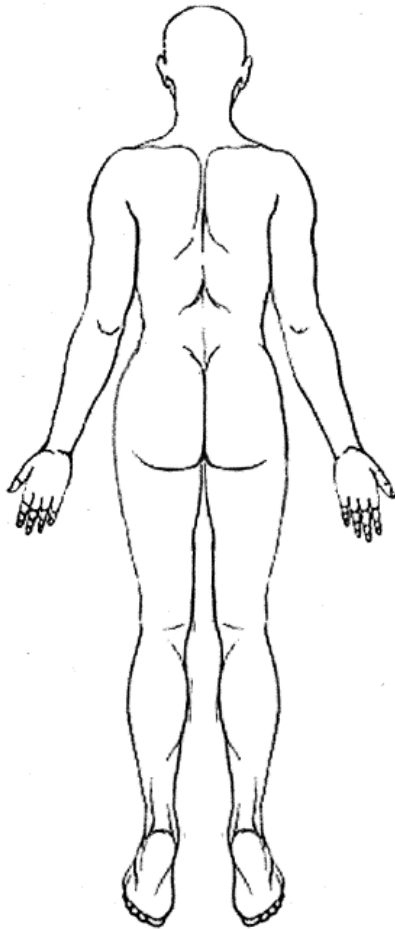


Befunde: Kopf

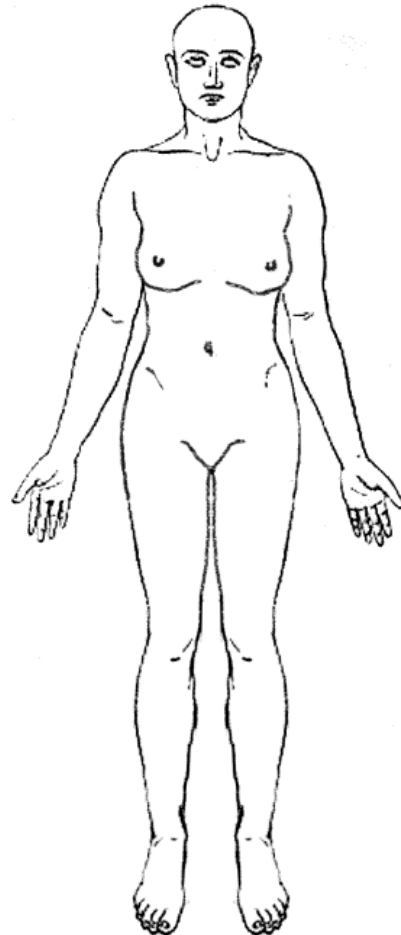
---

---

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"/>
<b>Wenn „NEIN“, gehen Sie bitte weiter zu Frage 3.</b>		
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.