



<b>Name:</b>	<b>geb.:</b>
<b>Untersuchung am:</b>	<b>Uhrzeit:</b>
<b>Untersucher:</b>	
<b>In Begleitung von:</b>	
<b>Sprachliche Verständigung:</b>	
<b>Auftraggeber/Adresse:</b>	

**(Fremd)-Anamnese:**

Vorfallsort:

Vorfalldatum und -zeit:

angegebene/r Täter:

**Vorgeschichte:**



- Allgemeiner Zustand (Psyche), z.B. weinerlich, ängstlich, etc.: \_\_\_\_\_

- Verhalten bei Untersuchung:
  - kooperativ
  - ablehnend
  - schüchtern
  - altersentsprechend
  - ängstlich
  - sonstiges:

**1. Allgemeine Anamnese:**

- Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- bekannte vorbestehende Infektionen, z.B. HIV, Hepatitis, etc.: \_\_\_\_\_

- Medikation:  nein  wenn ja, welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Pflege-/Ernährungszustand:
  - adäquat
  - V.a. Vernachlässigung/ungepflegt
  - V.a. Gedeih-/Entwicklungsstörung

- Körperlicher Befund:
  - unauffällig
  - siehe Doku-Bogen
  - Körpergröße/-gewicht: \_\_\_\_\_

**Gynäkologische Anamnese:**

- gynäkologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Erster Tag der letzten Regelblutung: \_\_\_\_\_
- Klimakterium: \_\_\_\_\_
- Postmenopausal: \_\_\_\_\_
- Schwangerschaft:  nein  unbekannt  
 wenn ja, SSW: \_\_\_\_\_
- Letzter freiwilliger Sexualkontakt: \_\_\_\_\_
- Verhütung:  nein  
 wenn ja, mit: \_\_\_\_\_
- Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

**3. V.a. Vergewaltigung:**

nein  ja

• **Art des sexuellen Übergriffs:**

Penetration	Ja	Nein	Versucht	Unbekannt	Finger	Penis	Gegenstand
Oral							
Vaginal							
Anal							

- Kondombenutzung: \_\_\_\_\_
- Ejakulation: \_\_\_\_\_
- Gleitmittelbenutzung: \_\_\_\_\_

• **Reinigung nach dem Vorfall:**

- gewaschen/geduscht?  nein  ja
- Mund gespült?  nein  ja
- Urin gelassen?  nein  ja
- Stuhlgang gehabt?  nein  ja

**Spuren am Körper:**

- |  |                                       |                                    |
|--|---------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> durch Küssen, Lecken, Saugen: | <input type="checkbox"/> nein         | <input type="checkbox"/> unbekannt |
|  | <input type="checkbox"/> wenn ja, wo: |                                    |
| <input type="checkbox"/> durch Beißen:                 | <input type="checkbox"/> nein         | <input type="checkbox"/> unbekannt |
|  | <input type="checkbox"/> wenn ja, wo: |                                    |
| <input type="checkbox"/> durch Würgen:                 | <input type="checkbox"/> nein         | <input type="checkbox"/> unbekannt |
|  | <input type="checkbox"/> ja           |                                    |

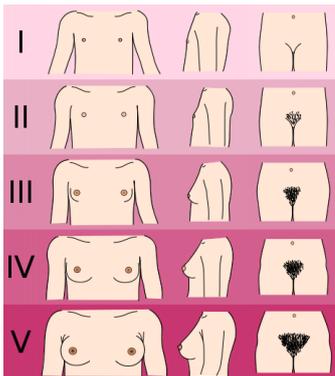
**4. Gynäkologische Untersuchung:**

• **Untersuchungstechnik:**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Rückenlage               | <input type="checkbox"/> Separation            |
| <input type="checkbox"/> Traktion                 |  |
| <input type="checkbox"/> Knie-Ellenbogen-Position | <input type="checkbox"/> Gynäkologischer Stuhl |

• **Genitalentwicklung:**

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Achselbehaarung:          | _____ |
| <input type="checkbox"/> Schambehaarung:           | _____ |
| <input type="checkbox"/> Bruststadium nach Tanner: | _____ |



• **Genitaler Befund:**

1. Labien: \_\_\_\_\_
2. Scheidenbereich: \_\_\_\_\_
3. Hymen: \_\_\_\_\_
4. Klitoris: \_\_\_\_\_
5. Dammbereich: \_\_\_\_\_



• **Reifungsperiode (zum Untersuchungszeitpunkt):**

- Hormonelle Ruheperiode
- Präpubertäre Phase
- Pubertäre Phase

• **Hymenalkonfiguration:**

- annulär
- semilunär
- anders:

• **Analbefund:**

- Dilatation
- Fissuren
- Normal
- sonstiges:

• **Verhalten bei der Untersuchung (Schmerzen, Verkrampfung, etc.):** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**5. Procedere:**

**Spurensicherung:**

- Abriebe Haut (wo genau?): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Abriebe Mundhöhle: \_\_\_\_\_
- Abriebe Scheide: \_\_\_\_\_
- Abriebe After: \_\_\_\_\_

**Asservierung von Fingernägeln:**

- nein  ja

**Asservierung der Spuren:**

- im Institut  bei betroffener Person

• **Fotodokumentation:**

- nein  
 ja, durch + Verbleib: \_\_\_\_\_

• **Eindruck, dass die zur Untersuchung erschienene Person unter dem Einfluss von**

- Alkohol  Drogen/Medikamenten steht?
- keine Beeinflussung erkennbar

**Blutentnahme** (Datum/Uhrzeit/Nr.): \_\_\_\_\_

**Urin** (Datum/Uhrzeit/Nr.): \_\_\_\_\_

**Zusammenfassung der Befunde:**

**Procedere:**

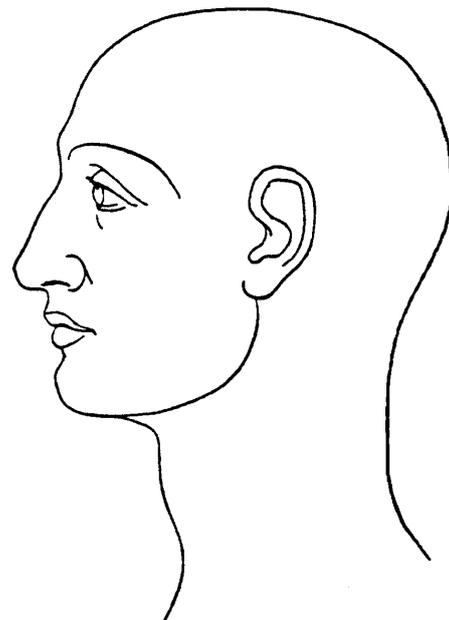
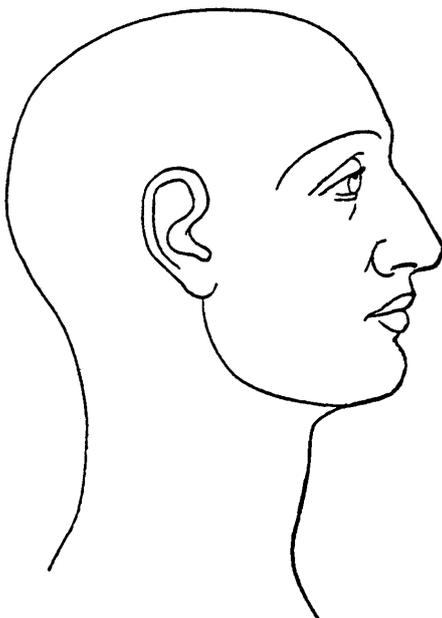
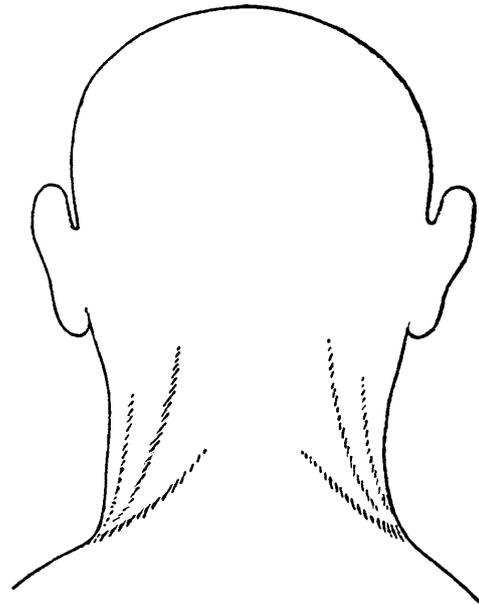
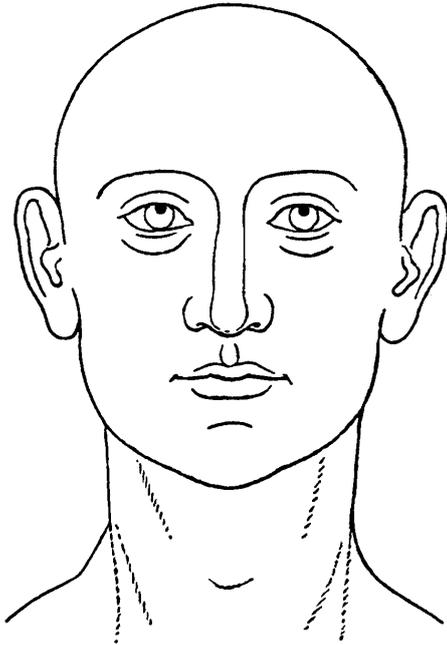
- Info Auftraggeber
- ambulante Untersuchung  Überweisung Klinik

**Der Dokumentationsbogen stellt keine gerichtsverwertbare Befundinterpretation dar.**

**Name:**

**geboren:**

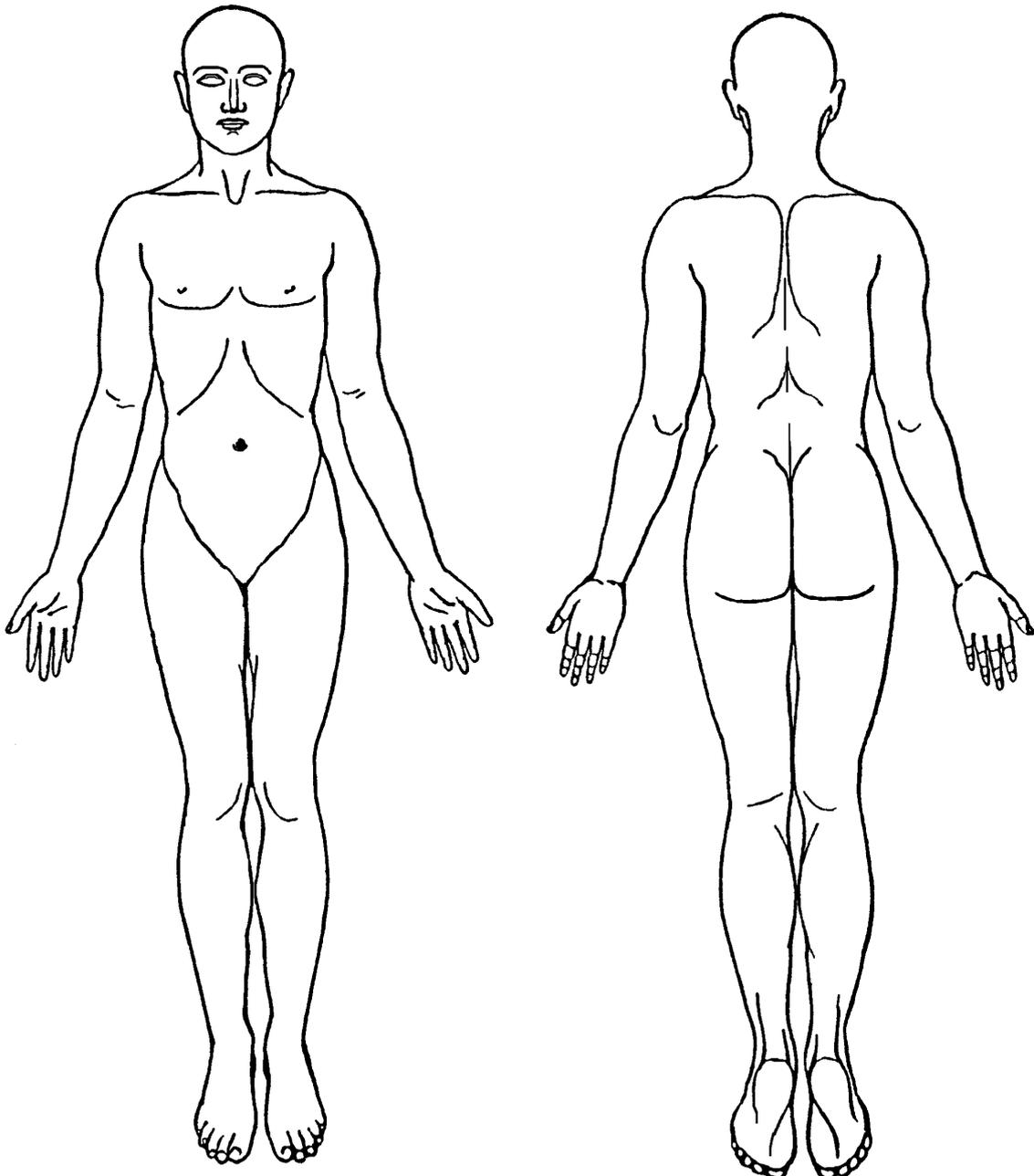
**Datum:**



**Name:**

**geboren:**

**Datum:**





Name:

Az.:

Alter:

Geschlecht:

Körpermasse:

Hautabschürfungen, Kratzer, Vertrocknungen  
Blutunterlaufungen, Ablederungen, Einblutungen, Quetschungen  
Rißquetschwunden, Rißwunden, Stich- und Schnittverletzungen, offene Verletzungen  
Frakturen, Fissuren, Luxationen

