

**FOKUS: Modul – Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch**

**UKKJ-FM**

gültig ab: 01.05.2021

Version: 03

Seite 1 von 12

**Modul: Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch**

Name des Kindes: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht:  männlich     weiblich     divers

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aufnahme:  ambulant     stationär    Datum: \_\_\_\_\_



Patientenetikett



Hinweis: bei Verdacht auf Sexualdelikten an Adoleszenten ist immer der MEDPOL-Dokumentationsbogen zu verwenden ggf. kann der Bogen „Modul Verdacht auf sex. Missbrauch“ zusätzlich verwendet werden.

**Patient/in wurde gebracht durch:**

Eltern(teil)     Angehörige(r)     MA 11     Polizei     Rettung     Sonstige: \_\_\_\_\_

**Verdacht auf sexuellen Missbrauch geäußert durch (Wann, Wer?):** \_\_\_\_\_

**Angaben zur Untersuchung:**

Untersuchung erfolgt im Auftrag von: \_\_\_\_\_

Untersuchungsort: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_    Untersuchungszeitpunkt: \_\_\_\_\_ Uhr

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_    Telefon / Pager: \_\_\_\_\_

Bei der Untersuchung anwesend: \_\_\_\_\_

**Sprachliche Verständigung:**     fließend     gebrochen     Übersetzung notwendig

Übersetzt durch (Kontaktdaten): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sprache: \_\_\_\_\_

**► Hauptaufenthaltsort des Kindes**

Kind wohnt bei (Hauptwohnsitz):     Eltern     Mutter     Vater     Sonstige: \_\_\_\_\_

ist fremduntergebracht (Pflegefamilie, Heim): \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Obsorgeberechtigte Person(en):**

1. Obsorgerberechtigte(r): \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsbezug zu dem Kind:       fließend                       gebrochen                       Übersetzung notwendig

Adresse: \_\_\_\_\_

2. Obsorgerberechtigte(r): \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsbezug zu dem Kind:       fließend                       gebrochen                       Übersetzung notwendig

Adresse: \_\_\_\_\_

**Geschwister:**     ja             nein             unklar

Name	Geschlecht	Geburtsdatum
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers	
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers	
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers	
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers	
	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> divers	

Kommentar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**ACHTUNG: Der Dokumentationsbogen stellt keine gerichtsverwertbare Befundinterpretation dar**

**Anamnese:**

**Aktueller Vorstellungsgrund:**

- Siehe Erhebungsbogen
- Siehe auch ergänzende Dokumentation (falls ausführlichere Dokumentation oder Diktat erfolgt, kurze Zusammenfassung des Geschehens dokumentieren)

Kommentar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Anamnestische Angaben durch: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind:     Mutter             Vater             Sonstige: \_\_\_\_\_

Zeitrahmen des Vorfalls/der Vorfälle:	Datum	Zeit bzw. Zeitraum
<input type="checkbox"/> Vor weniger als 72 Stunden (akut)		
<input type="checkbox"/> Vor mehr als 72 Stunden		
<input type="checkbox"/> Mehrere Vorfälle über längeren Zeitraum		

Kommentar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**HINWEIS:**

Bei **Vorfall < 72 Std.** ist eine sofortige forensische Spurensicherung inkl. DNA-Abstrich und Asservierung der Kleidung dringend empfohlen sowie eine Kindergynäkologische/ Kinderchirurgische Untersuchung!  
 Bei **Vorfall > 72 Std.** kann eine forensische Spurensicherung inkl. DNA-Abstrich und Asservierung der Kleidung (ggf. andere Gegenstände auf denen sich Spuren befinden können, zB. Bettwäsche) sinnvoll sein.



**Andere Form des Kontakts (extragenital):**  Ja  Nein  
 Falls ja, welche:  Streicheln  Lecken  Küssen  Saugen  Beißen  Sonstige: \_\_\_\_\_  
 Falls ja, wo:  Vagina/Penis  Anus/Rektum  Andere Körperoberflächen: \_\_\_\_\_

**Erfolgte eine Ejakulation:**  Ja  Nein  Unklar  
 Falls ja, wo:  Vagina/Penis  Anus/Rektum  Andere Körperoberfläche: \_\_\_\_\_  
 Kleidung  Bettwäsche  Sonstige: \_\_\_\_\_

**Anwendung von:**  Drohung  Gewalt  Zwang  
 Wurden dabei Foto- oder Videoaufnahmen angefertigt oder gezeigt:  Ja\*  Nein  Unklar\*  
 Wurden Alkohol, Drogen und/oder Medikamente verabreicht:  Ja\*  Nein  Unklar\*  
 Bestehen Gedächtnisverlust bzw. Erinnerungslücken:  Ja\*  Nein  Unklar\*

\* Asservierung von Blut- und/oder Harnproben (**bis 96h nach Vorfall**) für toxikologische Untersuchungen empfohlen. → Siehe Modul Toxikologie

**Weitere Angaben** (Zeitliche und örtliche Angaben genau dokumentieren. Wesentliche Äußerungen in genauem Wortlaut „...“ wiedergeben. Siehe auch ergänzende Dokumentation / Beilage):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Zeugen des Vorfalls:** \_\_\_\_\_  
 Falls ja, sind diese ebenfalls betroffen: \_\_\_\_\_

**Detaillierte Angaben zum Vorfall durch Patient/in (Eigenanamnese):**

Erhebung nicht möglich:  
 Angaben gemacht gegenüber:  Arzt/Ärztin  Polizei  Sozialarbeiter/in   
 Psychologe/in  Andere: \_\_\_\_\_



**Achtung: Keine Suggestivbefragung von Kindern!**

Art der Handlung(en)	ja	nein	versucht	unklar	Ergänzende Angaben (z.B. Schmerzen, Blutung):
<b>Genitaler/vaginaler Kontakt/Penetration durch:</b>					
<input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Gegenstand: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

	ja	nein	versucht	unklar	Ergänzende Angaben (z.B. Schmerzen, Blutung):	
<b>Analer Kontakt/Penetration durch:</b>						
<input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Finger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Gegenstand: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<b>Oraler Kontakt mit Genitalien/Oralverkehr:</b>						
<input type="checkbox"/> Am Opfer durch Beschuldigten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Am Beschuldigten durch Opfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<b>Berühren/Streicheln von Genitalien/Anus:</b>						
<input type="checkbox"/> Am Opfer durch Beschuldigten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<input type="checkbox"/> Am Beschuldigten durch Opfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
<b>Andere Form des Kontakts (extragenital):</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						
Falls ja, welche:	<input type="checkbox"/> Streicheln	<input type="checkbox"/> Lecken	<input type="checkbox"/> Küssen	<input type="checkbox"/> Saugen	<input type="checkbox"/> Beißen <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	
Falls ja, wo:	<input type="checkbox"/> Vagina/Penis	<input type="checkbox"/> Anus/Rektum	<input type="checkbox"/> Andere Körperoberflächen: _____			
<b>Erfolgte eine Ejakulation:</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar						
Falls ja, wo:	<input type="checkbox"/> Vagina/Penis	<input type="checkbox"/> Anus/Rektum	<input type="checkbox"/> Andere Körperoberfläche: _____			
	<input type="checkbox"/> Kleidung	<input type="checkbox"/> Bettwäsche	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____			
<b>Anwendung von:</b> <input type="checkbox"/> Drohung <input type="checkbox"/> Gewalt <input type="checkbox"/> Zwang						
Wurden dabei Foto- oder Videoaufnahmen angefertigt oder gezeigt:				<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar*
Wurden Alkohol, Drogen und/oder Medikamente verabreicht:				<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar*
Bestehen Gedächtnisverlust bzw. Erinnerungslücken:				<input type="checkbox"/> Ja*	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unklar*
* Asservierung von Blut- und/oder Harnproben ( <b>bis 96h nach Vorfall</b> ) für toxikologische Untersuchungen empfohlen. → Siehe Modul Toxikologie.						
<b>Weitere Angaben</b> (Zeitliche und örtliche Angaben genau dokumentieren. Wesentliche Äußerungen in genauem Wortlaut „...“ wiedergeben. Siehe auch ergänzende Dokumentation / Beilage):						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						
_____						

**Allgemeine anamnestische Angaben:**

Erhebung nicht möglich:

Angaben durch: \_\_\_\_\_

Beziehung zum Kind: \_\_\_\_\_

	ja	nein	unklar	Anmerkungen
Rezente Verletzung(en), Operation(en), diagnostische Maßnahme(n) oder Behandlungen, welche die Interpretation der körperlichen Befunde beeinflussen könnte(n)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Andere Leiden, welche die Interpretation der körperlichen Befunde beeinflussen könnte(n)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vorbestehende (körperliche) Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frühere Fälle von körperlicher Misshandlung und/oder Vernachlässigung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Frühere Fälle von sexuellem Missbrauch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Letzter konsensueller Sexualkontakt (< 5 Tage; nur sexuell aktive Jugendliche): \_\_\_\_\_

Ejakulation erfolgte:  vaginal  mit Kondom

Menarche: \_\_\_\_\_ 1. Tag (Datum) der letzten Regelblutung: \_\_\_\_\_

**Impfanamnese:**  Tetanus  Hepatitis B

Andere anamnestisch angegebene Symptome:	Durch Patientin		Fremdanamnestisch	
	ja	nein	ja	nein
Abdominelle Schmerzen / Unterleibsschmerzen / Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dysurie/Miktionsbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitale Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitaler Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitale Bläschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitaler Ausfluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitale Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anale/Rektale Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Analer Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anale/Rektale Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstipation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Beschwerden: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

↳ Bei bestehenden Beschwerden Beginn, Dauer und Intensität vermerken:

Andere anamnestisch angegebene Symptome:	Durch Patientin		Fremdanamnestisch	
	ja	nein	ja	nein
<input type="checkbox"/> > 72 Stunden, daher nicht relevant				
Uriniert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgewischt? Womit? _____ Womit? _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitale Bläschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitaler Ausfluss?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genitale Blutung? → Falls, ja, Verbleib:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Allgemeine körperliche Untersuchung:**

Untersuchungsort: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungszeitpunkt: \_\_\_\_\_ (ggf. Dauer): \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_ Telefon/Pager: \_\_\_\_\_

Bei der Untersuchung anwesend: \_\_\_\_\_

Temperatur: \_\_\_\_\_ Puls: \_\_\_\_\_ Atmung: \_\_\_\_\_ Blutdruck: \_\_\_\_\_

Körperlänge (cm): \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_%) Gewicht (kg): \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_%) Kopfumfang (<2a) (cm): \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_%)

Verdacht auf Gedeih-/Entwicklungsstörung: \_\_\_\_\_

Für Mädchen: Tanner Stage (Brüste)  1  2  3  4  5

Allgemeinzustand: \_\_\_\_\_

Verhalten und relevante Aussagen während der Untersuchung: \_\_\_\_\_

Bekleidungsstatus bei Aufnahme: \_\_\_\_\_

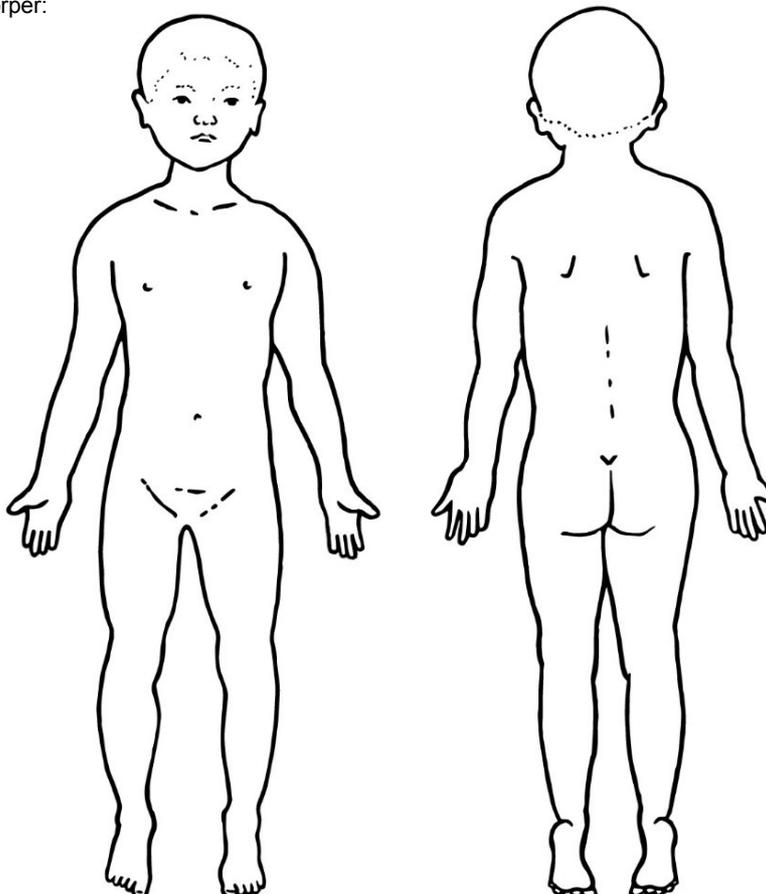
Falls indiziert: Kleidung aufbewahren  Nicht indiziert

Allgemeine körperliche Untersuchung ergab:  Normalbefund  auffällige Befunde (Verletzungen etc.): \_\_\_\_\_

Sekretspuren und Fremdmaterial von der Körperoberfläche sichern, ggf. mit blauer Lichtquelle (450nm) Körperoberfläche absuchen.

Normalbefund  auffällige Befunde (Verletzungen etc.): \_\_\_\_\_

Schema A – Gesamter Körper:

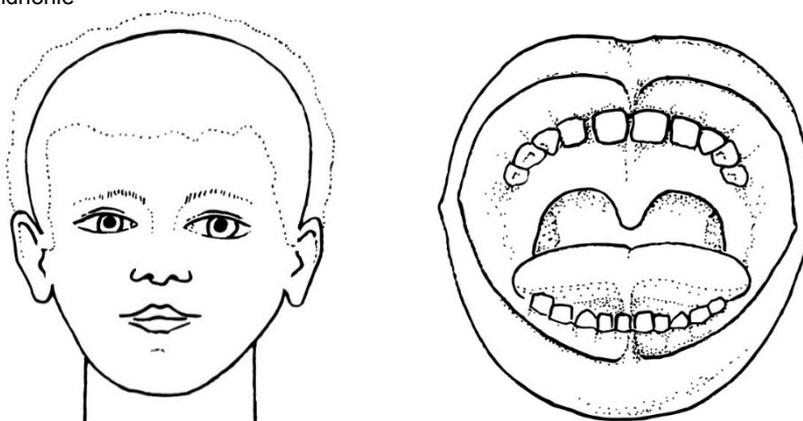


**Untersuchung Kopf, Hals, Mund:**

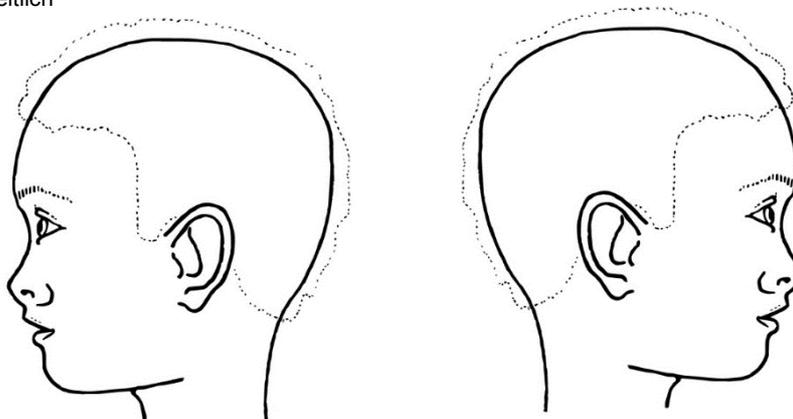
- 1) Untersuchung Gesicht, Kopf, Haare, Kopfhaut und Hals auf Verletzungen und Fremdmaterial:
  - Normalbefund
  - Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_
- 2) Sekretpuren und Fremdmaterial von Gesicht, Kopf, Haaren, Kopfhaut und Hals sichern:
  - Normalbefund
  - Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_
- 3) Untersuchung der Mundhöhle auf Verletzungen und Fremdmaterial (ggf. Asservieren):
  - Normalbefund
  - Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_
- 4) Bei Vorfall innerhalb von letzten 24h (oder wenn indiziert) zwei (2) Tupferabstriche aus der Mundhöhle sichern:
 

Abstrich Mundhöhle:             ja     nein

Schema B – Kopf und Mundhöhle



Schema C – Kopfprofile seitlich



**Genitaluntersuchung Mädchen:**

Untersuchungsort: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_      Untersuchungszeitpunkt: \_\_\_\_\_      (ggf. Dauer): \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_      Telefon/Pager: \_\_\_\_\_

Bei der Untersuchung anwesend: \_\_\_\_\_



**Untersuchung nie gegen den Willen des Kindes durchführen; Untersuchungsschritte ausführlich erklären; Fotodokumentation des Genitale nur nach Einwilligung! Untersuchung in Narkose nur in Ausnahmefällen zulässig (ausgedehnte Verletzung, starke Traumatisierung)!**

**1) Untersuchung der Innenschenkel, des äußeren Genitals und der Dammregion:**

- Normalbefund  Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

**2) Untersuchungsmethoden:**

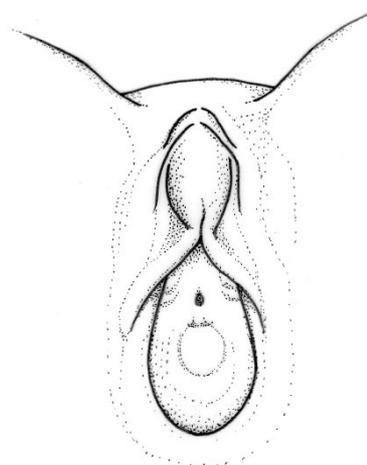
- Am Schoß sitzend  Steinschnittlage  Knie-Ellbogen-Position  Seitenlage  
 Traktion & Separation  gynäkologischer Stuhl  Instrumente: \_\_\_\_\_  
 Untersuchung in Narkose (CAVE: Nur in Ausnahmefällen!)  
 Inspektion  Kolposkop  Andere: \_\_\_\_\_  
 Hilfsmittel (Tupfer, Toluidin Blau, Katheter) / Einschränkungen:  
 Tanner Stage Genitalien:  1  2  3  4  5

**3) Untersuchung der Genitalien:**

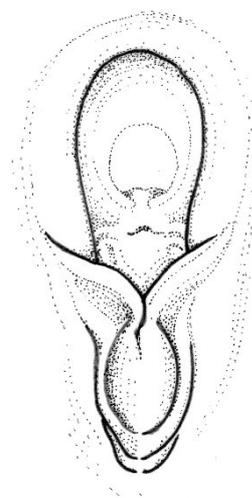
- keine Auffälligkeiten

	o.B.	Auffälligkeiten/Verletzungen/Befunde:
Innenseite Oberschenkel	<input type="checkbox"/>	_____
Inguinale Lymphknoten	<input type="checkbox"/>	_____
Labia majora	<input type="checkbox"/>	_____
Labia minora	<input type="checkbox"/>	_____
Praeputium clitoridis	<input type="checkbox"/>	_____
Perineum	<input type="checkbox"/>	_____
Periurethrales Gewebe/Urethralöffnung	<input type="checkbox"/>	_____
Vestibulum (perihymenal)	<input type="checkbox"/>	_____
Hymen	<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> annularis		_____
<input type="checkbox"/> semilunaris		_____
<input type="checkbox"/> imperforatus		_____
<input type="checkbox"/> septatus		_____
Fossa navicularis	<input type="checkbox"/>	_____
Posterior fourchette	<input type="checkbox"/>	_____
Vagina (nur Adoleszente)	<input type="checkbox"/>	_____
Cervix (nur Adoleszente)	<input type="checkbox"/>	_____
Fluor <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Beschreibung:		_____

Schema D - Steinschnittlagerung



Schema E - Knie-Ellenbogen Position



Spurensicherung Sekretsuren/Fremdmaterial:  forensische Lichtquelle benutzt

**4) DNA Abstriche:**

Präpubertäre Mädchen:

- je 2 Tupferabstriche von Vulva und Vestibulum

Adoleszente Mädchen:

- Abstrich große Schamlippen und Dammbereich  
 Abstrich kleine Schamlippen und Scheideneingang  
 Abstrich hinteres Scheidengewölbe  
 Abstrich Zervikalkanal (Vorfall vor über 48 h)  
 Objektträger Ausstrich zum mikroskopischen Spermiennachweis  
 Schamhaare ausgekämmt  Nicht zutreffend

**Genitaluntersuchung Buben:**

Untersuchungsort: \_\_\_\_\_

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_ Untersuchungszeitpunkt: \_\_\_\_\_ (ggf. Dauer): \_\_\_\_\_

Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_ Telefon/Pager: \_\_\_\_\_

Bei der Untersuchung anwesend: \_\_\_\_\_



**Untersuchung nie gegen den Willen des Kindes durchführen; Untersuchungsschritte ausführlich erklären; Fotodokumentation des Genitale nur nach Einwilligung! Untersuchung in Narkose nur in Ausnahmefällen zulässig (ausgedehnte Verletzung, starke Traumatisierung)!**

**1) Untersuchung der Innenschenkel, des äußeren Genitals und der Dammregion:**

Normalbefund  Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

**2) Untersuchungsmethoden:**

Am Schoß sitzend  Steinschnittlage  Knie-Ellbogen-Position  Seitenlage

Untersuchung in Narkose (CAVE: Nur in Ausnahmefällen!)

Tanner Stage Genitalien:  1  2  3  4  5

**3) Untersuchung der Genitalien:**

keine Auffälligkeiten  Z.n. Zirkumzision

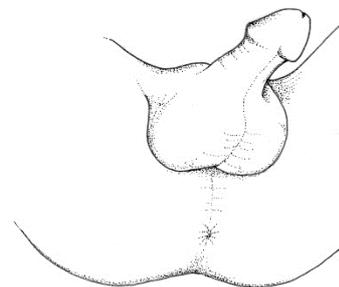
o.B. Auffälligkeiten/Verletzungen/Befunde:

- Innenseite Oberschenkel  \_\_\_\_\_
- Inguinale Lymphknoten  \_\_\_\_\_
- Perineum  \_\_\_\_\_
- Praeputium  \_\_\_\_\_
- Glans penis  \_\_\_\_\_
- Penisschaft  \_\_\_\_\_
- Ostium urethrae  \_\_\_\_\_
- Scrotum  \_\_\_\_\_
- Testes  \_\_\_\_\_

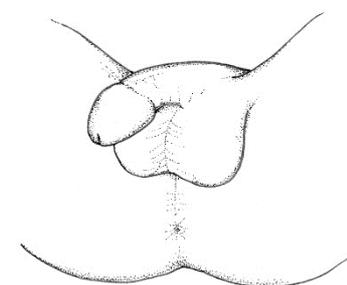
Fluor  nein  ja → Beschreibung: \_\_\_\_\_

Spurensicherung Sekretsuren/Fremdmaterial:  forensische Lichtquelle benutzt

Schema F – Penis



Schema G – Penis



**4) DNA Abstriche:**

2 Tupferabstriche Penis falls anamnestisch indiziert  Nicht zutreffend

2 Tupferabstriche Scrotum falls anamnestisch indiziert  Nicht zutreffend

**Anale / Rektale Untersuchung von Mädchen und Buben:**

**1) Untersuchung von Gesäß, Perianalregion und Anus auf Verletzungen und Fremdmaterial:**

Normalbefund  Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

**2) Untersuchungsmethoden:**

Am Schoß sitzend  Steinschnittlage  Knie-Ellbogen-Position  Seitenlage  
 Untersuchung in Narkose (CAVE: Nur in Ausnahmefällen!)  Anoskopie

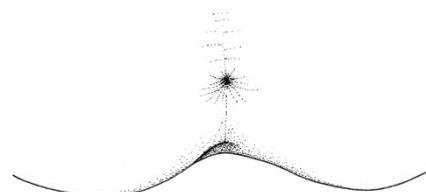
**3) Untersuchung Anus/Rektum (Schleimhautergüsse, Ödeme, Hämatome):**

o.B. Auffälligkeiten/Verletzungen/Befunde:

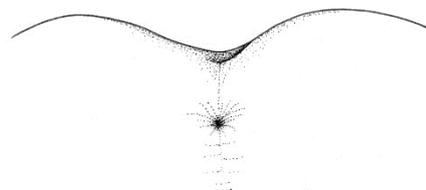
Gesäß/Glutealregion  \_\_\_\_\_  
 Perianalregion  \_\_\_\_\_  
 Anus  \_\_\_\_\_  
 Rektum  \_\_\_\_\_

Anale Reflexdilatation:  Ja  Nein  > 2cm: \_\_\_\_\_  
 Stuhl in Ampulla recti:  Ja  Nein  unklar  
 Anale Blutung:  Ja  Nein  
 Beschreibung \_\_\_\_\_

Schema H – Anus (Steinschnittlagerung)



Schema I – Anus (Knie-Ellenbogen Position)



**4) DNA Abstriche:**

Analabstrich  Rektalabstrich  Sonstige:

Wurde eine **Fotodokumentation** durchgeführt?  Ja  Nein

Wenn ja, wo wurde diese abgelegt: \_\_\_\_\_

**Weiterführende Diagnostik**

Falls diese Untersuchung nicht vor Ort durchgeführt werden kann, wo wird diese durchgeführt:

- weibliche Pat.: gynäkologische Untersuchung (inkl. Abstrich) \_\_\_\_\_
- männliche Pat.: kinderchirurgische Untersuchung \_\_\_\_\_
- STI Diagnostik \_\_\_\_\_
- Schwangerschaftstest (Blut/Urin) \_\_\_\_\_
- Postkoitalantikonzeption \_\_\_\_\_
- Postexpositionsprophylaxe: \_\_\_\_\_
- Sonstige Untersuchungen: \_\_\_\_\_
- Gerinnungsdiagnostik \_\_\_\_\_
- Radiodiagnostik \_\_\_\_\_
- Toxikologie / Drogenscreening \_\_\_\_\_
- Ophthalmologie \_\_\_\_\_
- PEP \_\_\_\_\_

**Fotodokumentation:** Wo? \_\_\_\_\_

**Spurensicherung** DNA-Abstriche/ Sex-Kit zur Asservierung

abgeholt am: \_\_\_\_\_

abgeholt von: \_\_\_\_\_



**Eine Kopie des Medpol-Dokumentationsbogen sollte an der Klinik vorliegen! Ebenso können weitere Dokumentationsbögen bzw. eine Kopie des Dokumentationsbogens dem Sexkit beigelegt werden!**

**Falls der Medpolbogen nicht ausgefüllt wird: → Forensischer Abstrich**

- Äußeres Genitale / Labia majora, Perineum (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Äußeres Genitale / Labia minora, Introitus vaginae (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Hinteres Scheidengewölbe (trockener Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Öffnung Zervikalkanal (trockener Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Abstrich Glans, Sulcus coronarius und Penisschaft (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Abstrich Peniswurzel und Haut Skrotum (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Abstrich Anus (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Abstrich Rektum (feuchter Wattetupfer)  Ja  Nein

**Bei Minderjährigen:**

- Äußeres Vulva (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Äußeres Fossa navicularis (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Hinteres retrohymenal (trockener Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Öffnung Oberschenkel (trockener Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Abstrich Unterbauch (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Abstrich perianal (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein
- Abstrich perioral (feuchter Wattetupfer)\*  Ja  Nein

Abrieb von den Fingernägeln / Nagelbett / Nagelrand, wenn das Opfer den Täter gekratzt hat (feuchter Wattetupfer)  
 Ja  Nein

- Vergleichsmundhöhlenabstrich** - MHA Sichergestellt:  Ja  Nein
- Blutprobe** Sichergestellt:  Ja  Nein
- Urinprobe** Sichergestellt:  Ja  Nein
- Fremdmaterial** (Kleidung, Bettwäsche usw.): Sichergestellt:  Ja  Nein
- MED-Pol Bogen** zusätzlich ausgefüllt:  Ja  Nein

**Laufende bzw. durchführende Maßnahmen / Sonstiges:**

- Keine Maßnahmen**
- Gefahr in Verzug:**
  - Meldung an die Kinder- und Jugendhilfe:**  Ja  Nein  
 Wer hat Meldung erstattet: \_\_\_\_\_
  - Anzeige erstattet**  Ja  Nein  
 Wer hat Anzeige erstattet: \_\_\_\_\_
  - Wann wurde die Anzeige erstattet: \_\_\_\_\_
  - Andere Maßnahmen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
 Name und Unterschrift der untersuchenden Fachkraft