

1 ERSTERHEBUNG

1.1 Verdachtsdiagnose

- ☐ Physische Misshandlung ☐ Sexueller Missbrauch ☐ Münchhausen by Proxy
☐ Psychische Misshandlung ☐ Verwahrlosung/Vernachlässigung ☐

1.2 Untersuchende/r Ärztin/Arzt

Name
Email
Tel.Nr.

Stempel Praxis/Adresse/Abteilung/Krankenhaus	
Datum	Unterschrift

1.3 Verletztes Kind

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/>
Straße/Nr.	PLZ/Ort
<input type="checkbox"/> Allg. Geb.-Kl. <input type="checkbox"/> Sonder Geb.-Kl. <input type="checkbox"/> SelbstzahlerIn	

1.4 Begleitpersonen

Name	Tel.Nr.	Beziehung zum Kind
------	---------	--------------------

1.5 Erziehungsberechtigte ☐ Nicht bekannt

Name	Tel.Nr.	Beziehung zum Kind
------	---------	--------------------

1.6 Lebensumstände

Im Haushalt lebende Personen/Geschwister <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	Berufstätigkeit/Arbeitslosigkeit der Bezugspersonen <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Wohnverhältnisse <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	Suchtverhalten der Bezugspersonen <input type="checkbox"/> Nicht bekannt
Gab es schon früher Auffälligkeiten beim Kind (Verletzungen,...) und/oder in der Familie (Geschwister,...) <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	
Weitere Belastungsfaktoren <input type="checkbox"/> Nicht bekannt	Wurde die Jugendwohlfahrtsbehörde bereits früher auf die Familie aufmerksam? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nicht bekannt

1.7 Sachverhaltsdarstellung

Schilderung aus Sicht der Begleitperson/Schilderung aus Sicht des Kindes

(Grund für den Arztbesuch, Unfallhergang/Verletzungsursache, Zeitpunkt, ...)

1.8 Verhaltensbeobachtung

Verhalten des Kindes (altersgemäß, situationsentsprechend, gedämpft, verschlossen, hyperaktiv, Alkohol-/Drogeneinfluss,...)

Verhalten/Interaktion der Begleitpersonen (überprotektiv, hyperaktiv, passiv, ablehnend, misstrauisch, Alkohol-/Drogeneinfluss, widersprüchlich,...)

1.9 Medizinischer Status

Allgemeinzustand (Vitalzeichen, Größe, Gewicht, Ernährungszustand, Entwicklungsstand,...)

Äußeres Erscheinungsbild/Pflegezustand (Sauberkeit, angemessene Bekleidung, Zahnstatus, Parasitenbefall,...)

Haut (auch behaarte Kopfhaut) **und Schleimhäute** (Hämatome, Ekchymosen, Rötungen, Abschürfungen, Griffmarken, Bissspuren, petechiale Lid- und Bindehautblutungen, Verbrennung, Verbrühung,...)

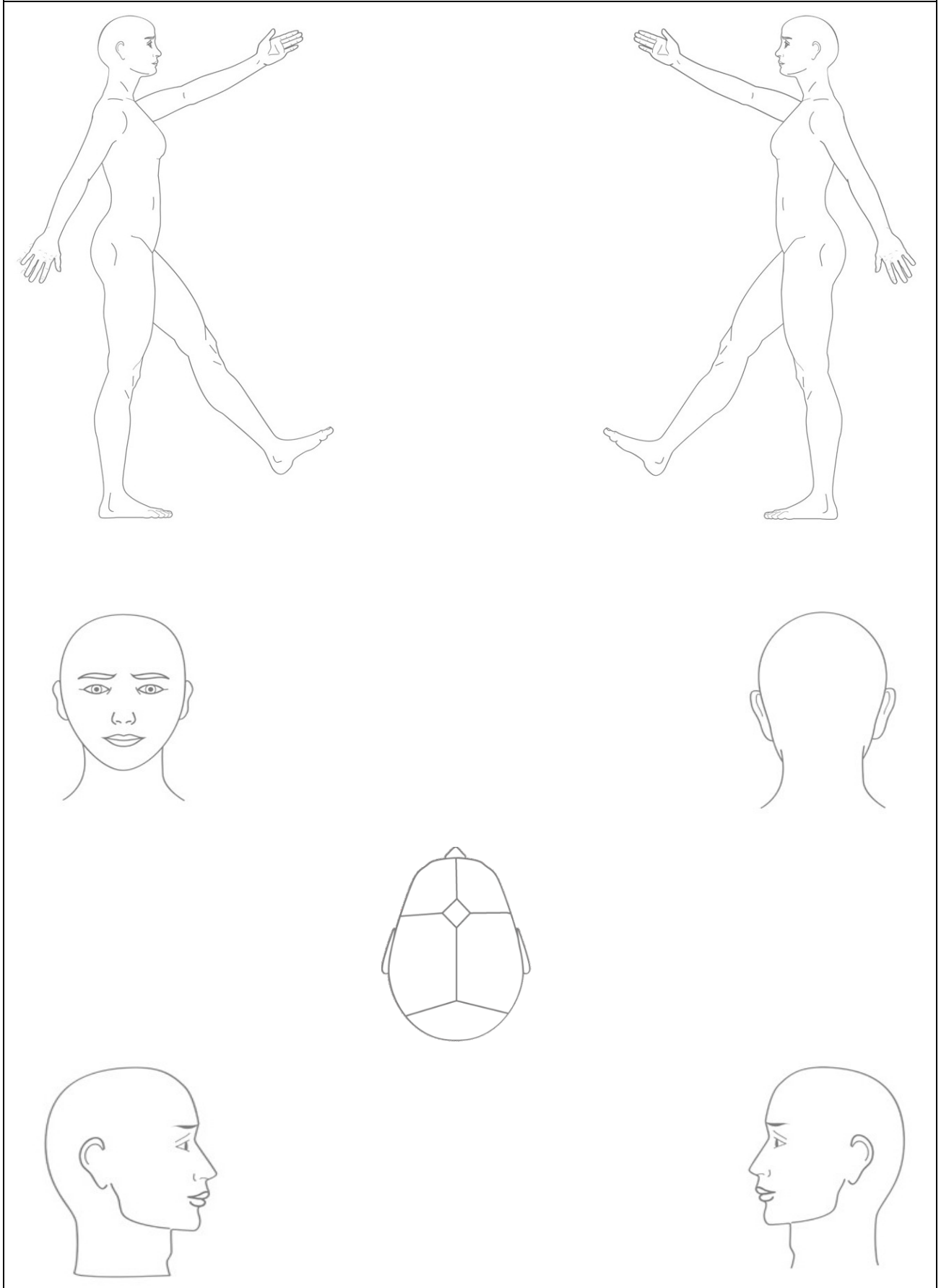
Hinweise auf Organverletzungen/Frakturen (Bewegungseinschränkung, Schmerzen, Schwellung, pathologischer Röntgen-/Sono-/CT-Befund, Hinweise auf Schütteltrauma, Augenhintergrundsveränderungen,...)

Neurologische Auffälligkeiten (Bewusstseinsveränderung, Krämpfe, paroxysmale Episoden,...)

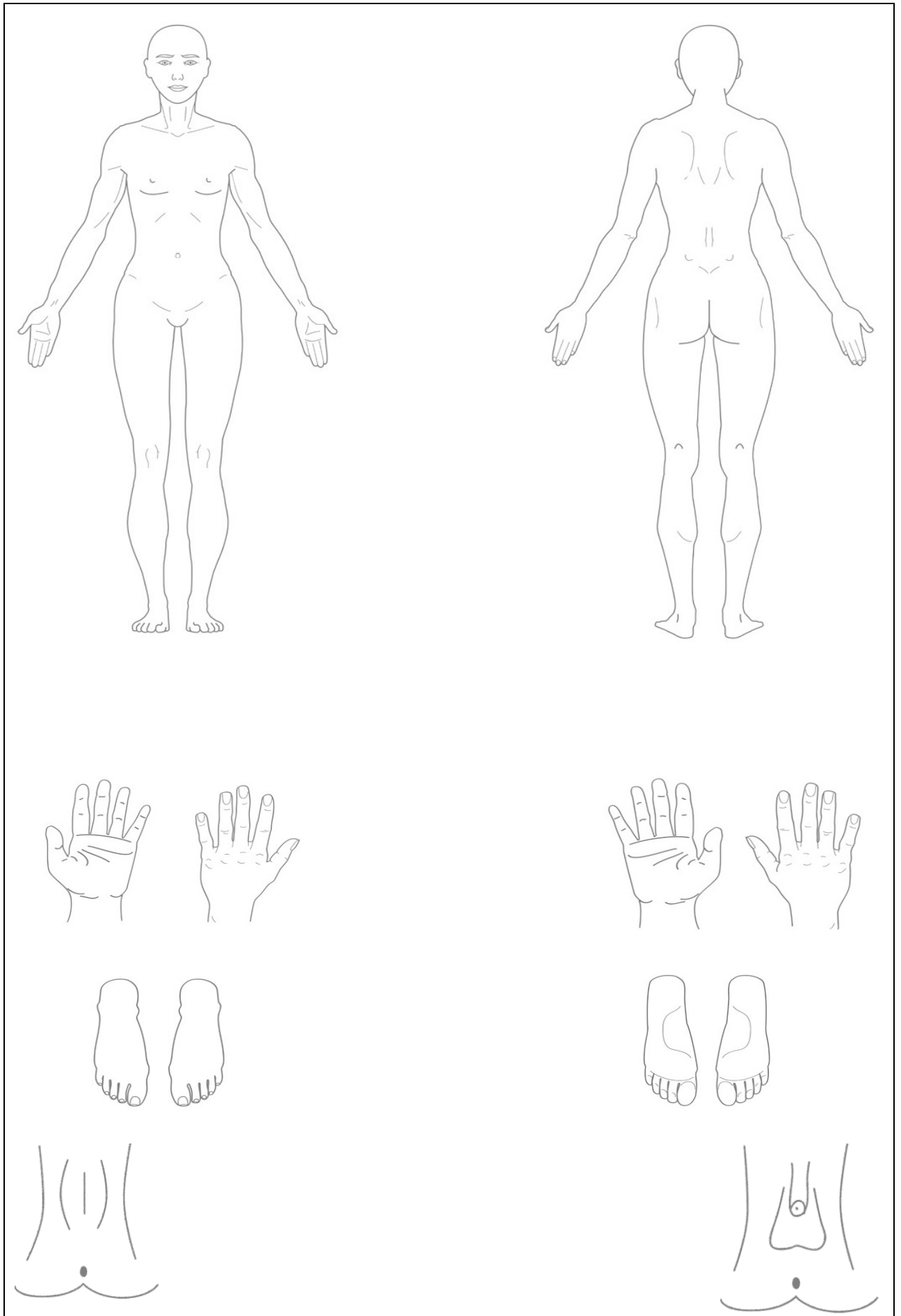
Genitale/anale Befunde (Läsionen, Narben, Entzündungszeichen,...)

1.10 Körperschema Teil 1

Alle auffälligen Befunde am Körperschema einzeichnen und beschreiben (Lokalisation, Aussehen – Größe, Beschaffenheit, Farbe, Alterseinschätzung; evt. mittels Nummerierung den Bezug zur obigen Befunddokumentation herstellen).



1.11 Körperschema Teil 2



1.12 Spurensicherung (Rückfragen: Ludwig Boltzmann Institut, Klinisch forensische Ambulanz 0664/8438241; Sets zur Spurensicherung: <http://www.swissforensix.com/>)

Durchgeführte Maßnahmen

- ☐ Fotodokumentation: Speichermedium
- ☐ Abstrich – Lokalisation
- ☐ Abstrich – Lokalisation
- ☐ Abstrich – Lokalisation
- ☐ Hautabriebe (z.B. von Fingernagelunterseiten)
- ☐ Kopf-/Körperhaare (Schamhaare)
- ☐ Spurenträger (Windel, Tampon, Binde,...)
- ☐
- ☐

Anmerkungen

1.13 Situationsbeurteilung

Verdachtsdiagnose

Bestätigt Nicht bestätigt Unklar

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Physische Misshandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Psychische Misshandlung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Verwahrlosung/Vernachlässigung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Münchhausen by Proxy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|
<input type="checkbox"/> Weitere Abklärung erforderlich | | | |

Sicherheit des Kindes

- ☐ Nicht gewährleistet – Gefahr in Verzug Begründung
- ☐ Nicht einschätzbar Begründung
- ☐ Gewährleistet Begründung

Anmerkungen

1.14 Sofortmaßnahmen

Verletzungsanzeige (im Krankenhaus über ärztliche Direktion)

☐ Erstattet

Datum

Behörde

☐ Kopie beiliegend

☐ Nicht erstattet (§54 ÄrzteG, Absatz 5)

Jugendwohlfahrtsbehörde

Meldung

☐ Erstattet

Datum

Behörde

Name Kontaktperson

Tel.Nr.

Fax

Zuweisung/Vermittlung

☐ Kinderschutzeinrichtung

☐ Krankenhaus/Kinderklinik

☐ Kinderschutzgruppe (Krankenhaus)

☐

Anmerkungen

Information an Begleitpersonen

☐ Über durchgeführte/geplante Maßnahmen

Anmerkungen

2 Einschätzung durch die Kinderschutzgruppe

2.1 Empfohlene Untersuchungen/Maßnahmen

<input type="checkbox"/> MRI	Datum
<input type="checkbox"/> CT	Datum
<input type="checkbox"/> Röntgen	Datum
<input type="checkbox"/> Ultraschall	Datum
<input type="checkbox"/> Scan	Datum
<input type="checkbox"/> DNA	Datum
<input type="checkbox"/> Drogen-/Medikamentenscreening	Datum
<input type="checkbox"/> Labor	Datum
<input type="checkbox"/> Augenhintergrund	Datum
<input type="checkbox"/> Gynäkologisch/urologisch	Datum
<input type="checkbox"/> Psychologisch	Datum
<input type="checkbox"/>	Datum
<input type="checkbox"/>	Datum
<input type="checkbox"/> Fotodokumentation	Speichermedium

Befunde/Untersuchungsergebnisse

Anmerkungen

2.2 Sozialanamnese

Familiensituation

Wohnsituation

Berufliche-/Einkommenssituation

Chronische Erkrankungen

Sonstige Belastungsfaktoren

Genogramm

2.3 Situationsbeurteilung

Verdachtsdiagnose	Bestätigt	Nicht bestätigt	Unklar
<input type="checkbox"/> Physische Misshandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychische Misshandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verwahrlosung/Vernachlässigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Münchhausen by Proxy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen			

Einschätzung der Traumatisierung	Leicht	Mittel	Schwer
PHYSISCHES TRAUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSYCHISCHES TRAUMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen			

Verdächtige Person/TäterIn	Einmaliges Ereignis	Wiederholtes Ereignis
Nahe Angehörige (§54 ÄrzteG, Absatz 5, 2. Satz i.d.g.F.)		
<input type="checkbox"/> Mutter/Stiefmutter/Pflegemutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vater/Stiefvater/Pflegevater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Lebensgefährtin/-gefährter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Geschwister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige verwandte Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nichtverwandte Personen		
<input type="checkbox"/> Fremde Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Person aus dem Freundeskreis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Person aus dem Arbeitsumfeld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schulkollege/-kollegin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen		

Sicherheit des Kindes
<input type="checkbox"/> Nicht gewährleistet – Gefahr in Verzug Begründung
<input type="checkbox"/> Nicht einschätzbar Begründung
<input type="checkbox"/> Gewährleistet Begründung
Sicherheit der Geschwister
<input type="checkbox"/> Nicht einschätzbar
<input type="checkbox"/> Gewährleistet
Anmerkungen

2.4 Sofortmaßnahmen/Interventionen

Jugendwohlfahrtsbehörde

Ausfolgeverbot

- | | | |
|--|-------|---------|
| <input type="checkbox"/> Angefordert | Datum | Behörde |
| <input type="checkbox"/> Erhalten | Datum | Behörde |
| <input type="checkbox"/> Wieder aufgehoben | Datum | Behörde |

Kontaktaufnahme

- | | | | | |
|----------------------------------|-------|---------|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Erfolgt | Datum | Behörde | | |
| Name Kontaktperson | | Tel.Nr. | | Fax |

Meldung

- | | | | | |
|------------------------------------|-------|---------|--|-----|
| <input type="checkbox"/> Erstattet | Datum | Behörde | | |
| Name Kontaktperson | | Tel.Nr. | | Fax |

Verletzungsanzeige (im Krankenhaus über ärztliche Direktion)

- | | | | |
|---|-------|---------|---|
| <input type="checkbox"/> Erstattet | Datum | Behörde | <input type="checkbox"/> Kopie beiliegend |
| <input type="checkbox"/> Nicht erstattet (§54 ÄrzteG, Absatz 5) | | | |

Gespräch mit Eltern/Bezugspersonen

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Über Verdachtsdiagnose | Datum |
| TeilnehmerInnen | |
|
<input type="checkbox"/> Konfrontationsgespräch |
Datum |
| TeilnehmerInnen | |

Weitere Interventionen

- ☐ Psychologische Betreuung
- ☐ Prozessbegleitung
- ☐

2.5 Empfehlungen

2.6 Besprechungen in der Kinderschutzgruppe

Datum/TeilnehmerInnen/Ergebnisprotokoll

3 Übergabe an die Jugendwohlfahrtsbehörde

Jugendwohlfahrtsbehörde
Straße/Nr.
PLZ/Ort

Name Kind	Vorname	Name Erziehungsberechtigte	
Geburtsdatum	Geschlecht ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/>		
Straße/Nr.	PLZ/Ort	Tel.Nr.	Beziehung zum Kind
<input type="checkbox"/> Allg. Geb.-Kl. <input type="checkbox"/> Sonder Geb.-Kl. <input type="checkbox"/> SelbstzahlerIn		Straße/Nr.	PLZ/Ort

GesprächsteilnehmerInnen	Datum	Ort
<input type="checkbox"/> Jugendwohlfahrtsbehörde TeilnehmerInnen		
<input type="checkbox"/> Station TeilnehmerInnen		
<input type="checkbox"/> Kinderschutzgruppe TeilnehmerInnen		

Vereinbarungen

Unterschriften VertreterInnen:		
Kinderschutzgruppe	Station	Jugendwohlfahrtsbehörde

4 Meldung an die Jugendwohlfahrtsbehörde

Jugendwohlfahrtsbehörde
Straße/Nr.
PLZ/Ort

Name Ärztin/Arzt
Email
Tel.Nr.

Stempel Praxis/Adresse/Abteilung/Krankenhaus	
Datum	Unterschrift

Name Kind	Vorname	Name Erziehungsberechtigte	
Geburtsdatum	Geschlecht ♀ <input type="checkbox"/> ♂ <input type="checkbox"/>		
Straße/Nr.	PLZ/Ort	Tel.Nr.	Beziehung zum Kind
<input type="checkbox"/> Allg. Geb.-Kl. <input type="checkbox"/> Sonder Geb.-Kl. <input type="checkbox"/> SelbstzahlerIn		Straße/Nr.	PLZ/Ort

Name Begleitperson		Name Begleitperson	
Tel.Nr.	Beziehung zum Kind	Tel.Nr.	Beziehung zum Kind
Straße/Nr.	PLZ/Ort	Straße/Nr.	PLZ/Ort

Anmerkungen
