

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 (Kontakt Daten): _____

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: _____

Zeitraumen 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):
Genitaler/vaginaler Kontakt/Penetration durch:					
<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):	
Analer Kontakt/Penetration durch:						
<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"/>	_____	
Oraler Kontakt mit Genitalien/Oralverkehr:						
<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"/>	_____	
Berühren/Streicheln von Genitalien/Anus:						
<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"/>	_____	
Andere Form des Kontakts (extragenital): <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: _____			
Erfolgte eine Ejakulation: <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: _____			
Anwendung von: <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 (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):						

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: _____

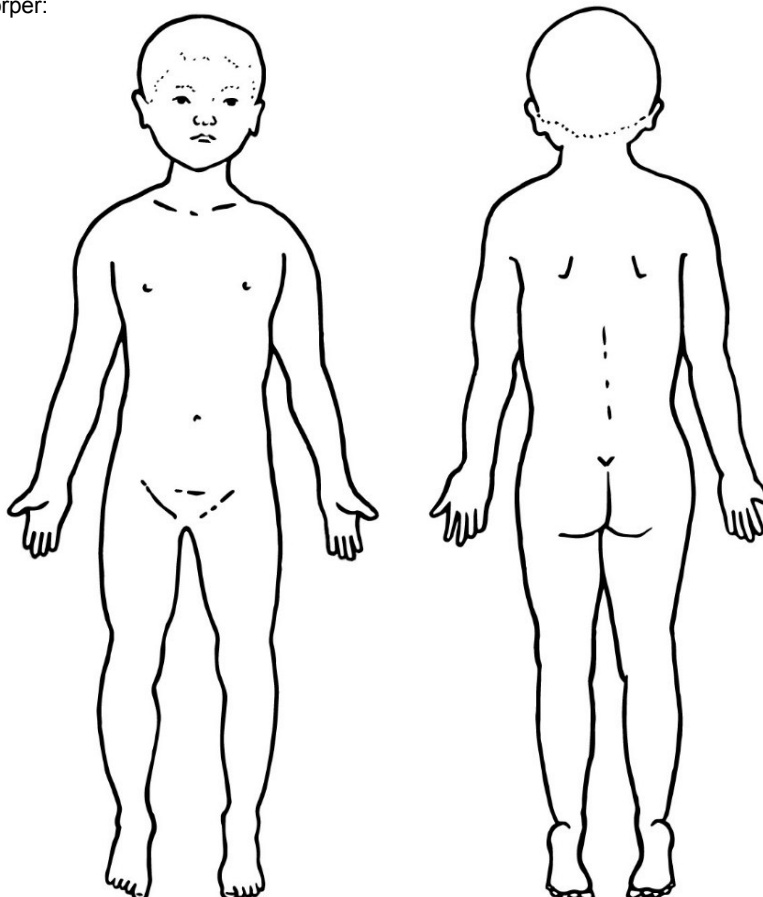
Falls indiziert: Kleidung aufbewahren Nicht indiziert

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:

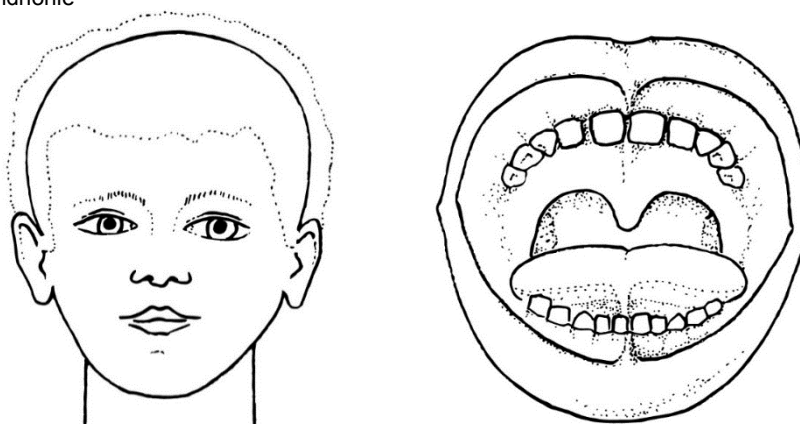


Untersuchung Kopf, Hals, Mund:

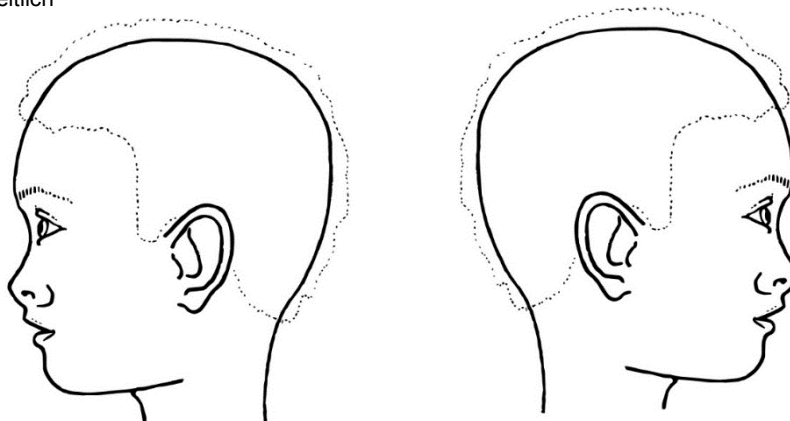
- 1) Untersuchung Gesicht, Kopf, Haare, Kopfhaut und Hals auf Verletzungen und Fremdmaterial:
 - Normalbefund Auffälligkeiten: _____
- 2) Sekretpuren und Fremdmaterial von Gesicht, Kopf, Haaren, Kopfhaut und Hals sichern:
 - Normalbefund Auffälligkeiten: _____
- 3) Untersuchung der Mundhöhle auf Verletzungen 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

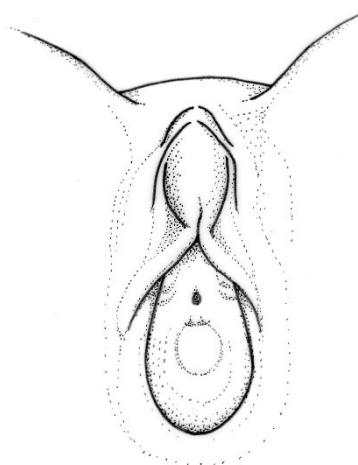
o.B. Auffälligkeiten/Verletzungen/Befunde:

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-------|
| 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"/> | _____ |

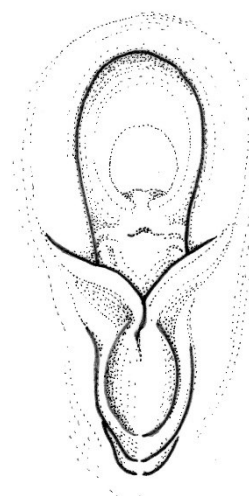
Fluor nein ja → Beschreibung: _____

Spurensicherung Sekretsuren/Fremdmaterial: forensische Lichtquelle benutzt

Schema D - Steinschnittlagerung



Schema E - Knie-Ellenbogen Position



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

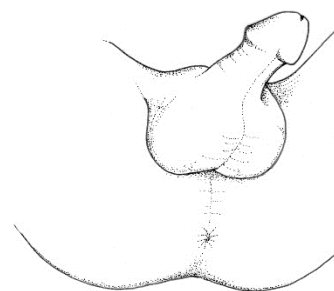
o.B. Auffälligkeiten/Verletzungen/Befunde:

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

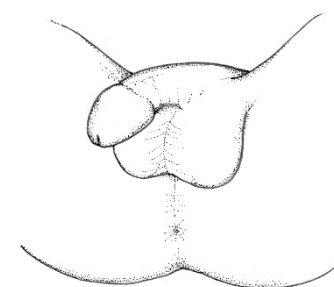
Fluor nein ja → Beschreibung: _____

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, Perianaleregion 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

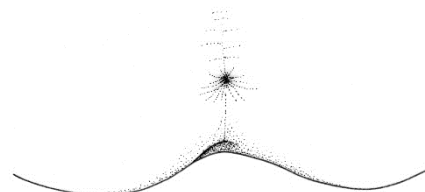
3) Untersuchung Anus/Rektum (Schleimhautergüsse, Ödeme, Hämatome):

o.B. Auffälligkeiten/Verletzungen/Befunde: _____

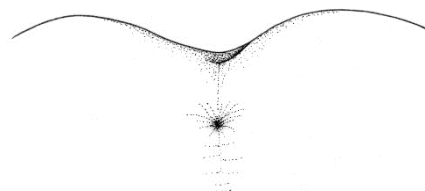
Gesäß/Glutealregion _____
 Perianaleregion _____
 Anus _____
 Rektum _____

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-Ellbogen 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