

> ZAHNÄRZTLICHE DOKUMENTATION BEI INTERPERSONELLER GEWALT

Name:	Uhrzeit:	Stempel
Vorname des Versicherten:	Name der Zahnärztin/des Zahnarztes (in Druckbuchstaben mit Telefonnummer)	
geb. am:		
Vertragszahnarzt-Nr.:		
Datum:	Unterschrift:	

Diese Dokumentation dient als Nachweis in zivil- bzw. sozialrechtlichen Verfahren und kann bei Strafverfahren hilfreich sein; sie ersetzt kein rechtsmedizinisches Gutachten. Aus Datenschutzgründen darf die zahnärztliche Dokumentation nur mit Einwilligung der Patientin/des Patienten erstellt und aufbewahrt werden. Bitte sorgen Sie für eine ruhige, ungestörte Gesprächs- und Untersuchungsatmosphäre!

1. Angaben zur Dokumentation

- 1.1 Patientin/Patient willigt in die Dokumentation ein (einschließlich einer evtl. Fotodokumentation). Ja
Beachten Sie: Dies ist **keine** Schweigepflichtentbindung.
- 1.2 Fotodokumentation angefertigt? Ja Nein
(**Digitalfotos**, Aufnahme bei guter Belichtung im 90°-Winkel, Detailaufnahmen **mit Maßstab**)
- 1.3 Wie verständigt (bei Sprach- und Verständigungsproblemen)? _____
(Falls die Patientin/der Patient kein Deutsch spricht: Dolmetscher-Dienst unter www.he.bdue.de;
bei Gehörlosigkeit: Kostenfreier Gebärdendolmetscher-Dienst nach § 17 SGB I unter www.gsd-vermittlung.de)
- 1.4 Anwesende Personen (z. B. Zahnarzhelferin, Kinder, übersetzende Person): _____
- 1.5 Kopie der Dokumentation an Patientin/Patient ausgehändigt? Ja Nein

2. Angaben zum Vorfall

Fragen Sie nach dem Ablauf des Vorfalls und notieren Sie in den eigenen Worten der Patientin/des Patienten.

Berücksichtigen Sie folgende Angaben:

- > Ort, Datum, Zeitpunkt bzw. Zeitraum des Vorfalls
- > Ursache der Verletzungen (z. B. Schlag, Tritt, Verwendung von Gegenständen)
- > Verursachende Person/en
- > Personen, die während des Vorfalls anwesend waren oder den/ die Verletzte/n gefunden haben

3. Zahnärztliche Diagnostik

Bitte **Zutreffendes ankreuzen** sowie **betroffenen Zahn bzw. betroffene Zähne bezeichnen**.

Bei auffälligem Befund **in der Behandlungsakte genau** hinsichtlich Größe, Form, Farbe, Tiefe und Beschaffenheit dokumentieren.

3.1 Röntgenaufnahmen angefertigt

Ja, welche? _____

3.2 Zähne und Zahnhalteapparat

- Schmelz-Dentin-Fraktur _____ Wurzelfraktur _____ Luxation _____ Avulsion _____
 Alveolarfortsatzfraktur _____ Vitalitätsverlust _____ Perkussionsempfindlichkeit _____
 Lockerungsgrad _____ Blutung aus dem PA-Spalt _____ Sonstiges: _____

3.3 Kiefer

- Abnorme Beweglichkeit _____ Okklusionsstörungen _____ Stufenbildung _____
 Hämatom _____ akute Blutung _____ Schmerzen _____
 Gelenkbeteiligung _____ Mundöffnung eingeschränkt _____ Sonstiges: _____

3.4 Verletzungen der Mundschleimhaut

- Zunge _____ Wange _____ Mundboden _____ Vestibulum _____ Lippe _____
 Gaumen _____ Schwellung _____ Hämatom _____ Schluckbeschwerden _____
Sonstiges: _____

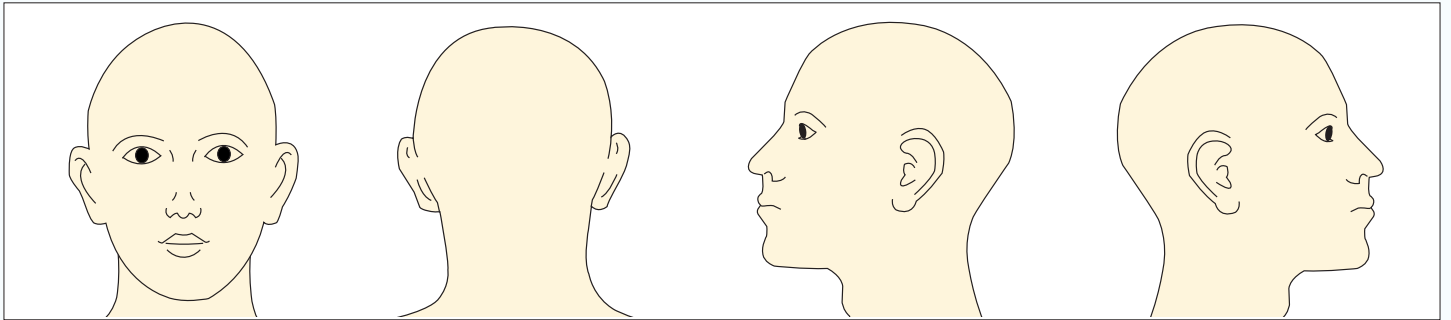
3.5 Zahnersatz

Beschädigung festsitzender Zahnersatz _____

Beschädigung herausnehmbarer Zahnersatz _____

Sonstiges: _____

4. Weitere Verletzungen



Körperlicher Befund: Beschreiben Sie genau, was Sie sehen: **Wo?** - Lokalisation unter Verwendung der anatomischen/topografischen Strukturen (nutzen Sie zur Verdeutlichung die hier aufgeführte Skizze); **Was?** - Benennung des Befundes (achten Sie besonders auf: Abschürfungen, Hämatome, Wunden mit glatten Rändern, Quetsch-Risswunden sowie Augenbindehautblutungen); **Wie?** - Nähere Beschreibung des Befundes mit Größe, Form, Farbe, Tiefe und Beschaffenheit.

Sonstige Verletzungen an anderen Körperstellen, die sichtbar sind bzw. von der Patientin/dem Patient berichtet werden

Ja, welche? _____ *

5. Weitere Beschwerden

5.1 Beeinträchtigungen des Sehvermögens (z. B. Doppelbilder, verschwommenes Sehen)

Ja, welche? _____ Nein

5.2 Beeinträchtigungen des Hörvermögens (z. B. Ohrgeräusche)

Ja, welche? _____ Nein

5.3 Schmerzen Ja, welche? _____ Nein

5.4 Anderes (z. B. Schwindel, Übelkeit, Erbrechen) Ja, was? _____ Nein

6. Abschließend

6.1 Infektionsprophylaxe angeraten (Antibiotika, Tetanus) Ja, welche? _____ Nein

6.2 Facharztbesuch angeraten (z. B. Hausarzt/-ärztin, MKG, HNO, Augen, Gynäkologe/in)
 Ja, welche? _____ Nein

6.3 Schutzbedürfnis vorhanden - an Polizei bzw. Frauenhaus verwiesen? _____ Ja Nein

6.4 Informationsmaterial ausgehändigt (z. B. Frauennotruf, Beratungsstelle, Jugendamt)
 Ja, welche? _____ Nein

6.5 Sonstiges? _____