

## > 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](http://www.he.bdue.de);  
bei Gehörlosigkeit: Kostenfreier Gebärdendolmetscher-Dienst nach § 17 SGB I unter [www.gsd-vermittlung.de](http://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: \_\_\_\_\_

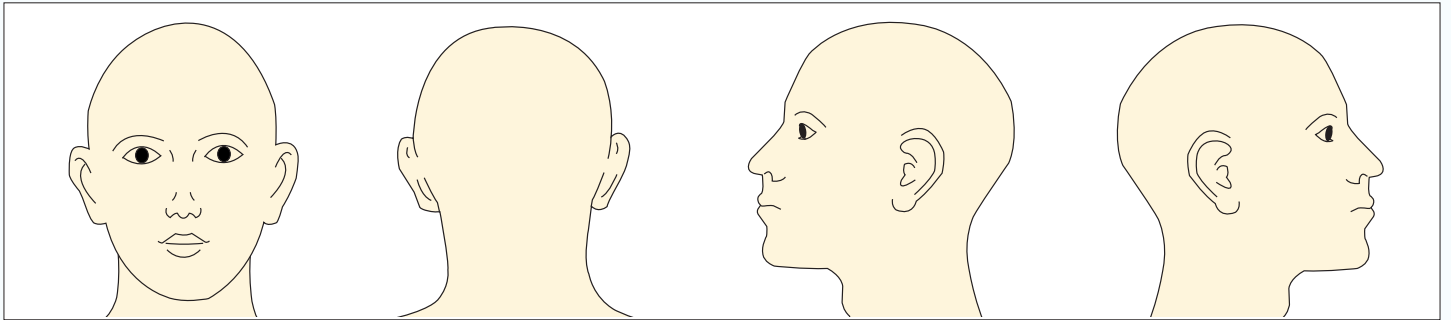
### 3.5 Zahnersatz

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? \_\_\_\_\_