

Dienststelle

Aktenzeichen		
Sammelaktenzeichen	Fallnummer	
Sachbearbeitung durch (Name, Amtsbezeichnung)		
Sachbearbeitung Telefon	Nebenstelle	Fax

Protokoll und Antrag zur Feststellung von

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alkohol | <input type="checkbox"/> Drogen | <input type="checkbox"/> Medikamenten/anderen berauschenden Mitteln |
| <input type="checkbox"/> im Blut | <input type="checkbox"/> im Urin | <input type="checkbox"/> im Haar |

Anlass

Ereignis/Delikt/Verletzte Bestimmung		
Tatzeit am/Tatzeitraum von (Datum, Uhrzeit)	Wochentag	Tatzeitraum bis (Datum, Uhrzeit)
, Uhr		,

Maßnahme(n)

<input type="checkbox"/> Alkohol-Vortest-Ergebnis: mg/l mit Dräger Evidential 6510	
<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> verweigert <input type="checkbox"/> nicht möglich	
<input type="checkbox"/> Atemalkoholmessung mg/l mit Dräger 9510DE	
<input type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> verweigert <input type="checkbox"/> nicht möglich	
Drogentest:	
<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt <input type="checkbox"/> verweigert <input type="checkbox"/> nicht möglich	
<input type="checkbox"/> Eine Blutentnahme <input type="checkbox"/> Zwei Blutentnahmen <input type="checkbox"/> Urinprobe <input type="checkbox"/> Haarprobe	
Anordnungszeit (Datum, Uhrzeit) , Uhr	Anordnung durch

Belehrung

<input type="checkbox"/> als Beschuldigte(r) nach § 163a Abs. 4, § 136 Abs. 1 S. 2-4 StPO	<input type="checkbox"/> als Zeugin/Zeuge nach § 52 Abs. 3, § 55 Abs. 2 i. V. m. § 81c StPO
<input type="checkbox"/> als Betroffene(r) nach § 55 OWiG	<input type="checkbox"/> nicht erfolgt, weil

Von der Maßnahme betroffene Person

Geschlecht

M

W

U

Name, Vorname(n), Geburtsjahr, ggf. Geburtsort/-kreis/-staat

Angaben über Alkohol-/Medikamenten-/Drogenauf- bzw. einnahme

Auf-/Einnahme in den letzten 24 Stunden vor dem Vorfall (Datum, Zeitraum, Art und Menge, Ort (Wohnung, Gaststätte))	
Auf-/Einnahme nach dem Vorfall (Datum, Zeitraum, Art und Menge, Ort (Wohnung, Gaststätte))	dazu befragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Letzte Nahrungsaufnahme (Datum, Zeitraum, Art und Menge, Ort (Wohnung, Gaststätte))	
Bemerkungen	

Platz für Klebezettel

Ein Ident-Nummern-Paar samt Trägerpapier vom Etikettenstreifen abtrennen. Trägerpapier von der oberen Nummer lösen und an der Querperforation nach unten umklappen.

Obere Ident-Nummer

hier aufkleben.

Die lose anhängende untere Ident-Nummer ist für das Gutachten bestimmt.

Ort,

Name, Amtsbezeichnung, Unterschrift

Untersuchungsergebnis und Rechnung an

Ärztlicher Bericht

Aktenzeichen

Nicht mit Alkohol, Ether, Phenol, Lysol, Sagrotan, Jodtinktur oder anderen organischen Flüssigkeiten desinfizieren.

Personalien	Lfd. Nr.	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> U
Name, Vorname(n), Geburtsjahr		

Blutprobe	Bei Leichen
Datum, Uhrzeit	Todeszeit (Datum, Uhrzeit)
Kontrollnummer	Uhr
Blutröhrchen EtOH <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/>	Fäulnisserscheinung <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark
1. BE , Uhr	Blutentnahme (ca. 8 ccm) mit Venüle R oder Venülröhrchen aus der freigelegten Oberschenkelvene (nicht aus dem Herzen, aus Wunden oder Blutlachen)
2. BE , Uhr	
<input type="checkbox"/> Urinprobe(n) Datum, Uhrzeit	Datum, Uhrzeit der Leichenblutentnahme, Art der Vene
<input type="checkbox"/> Haarprobe(n) Datum, Uhrzeit, Entnahmestelle	

Befragung (a bis e bezogen auf die letzten 24 Stunden)

<input type="checkbox"/> a Blutverlust	Datum, Uhrzeit	Menge (ccm)	<input type="checkbox"/> Schock	<input type="checkbox"/> Erbrechen
<input type="checkbox"/> b Blutentnahme nach Narkose		Narkosemittel		
<input type="checkbox"/> c Transfusion		Menge		
<input type="checkbox"/> d Infusion		Art und Menge		
<input type="checkbox"/> e Medikamente oder Drogen		Art und Menge		
f Von dem jetzigen Vorfall unabhängige Krankheiten/Leiden			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Geisteskrankheit	<input type="checkbox"/> frühere Schädel-/Hirntraumen	

Untersuchungsbefund (Sollten Tests nicht durchführbar sein, so kann dies unter „Gesamteindruck“ vermerkt werden)

Körpergewicht in kg	<input type="checkbox"/> gewogen <input type="checkbox"/> geschätzt	Körperlänge in cm	<input type="checkbox"/> gemessen <input type="checkbox"/> geschätzt
Konstitution	<input type="checkbox"/> hager <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> fettleibig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehende Verletzungen (auch Verdacht auf Schädelhirntrauma)	<input type="checkbox"/> ja		
Gang (geradeaus)	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> schwankend <input type="checkbox"/> torkelnd <input type="checkbox"/> schleppend		
Plötzliche Kehrtwendung (nach vorherigem Gehen)	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> unsicher		
Drehnystagmus	<input type="checkbox"/> feinschlägig <input type="checkbox"/> grobschlägig <input type="checkbox"/> Auslenkung schnell <input type="checkbox"/> Auslenkung langsam		
Dauer in Sekunden			
Finger-Finger-Prüfung	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> unsicher		
Finger-Nasen-Prüfung	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> unsicher		
Sprache	<input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> verwaschen <input type="checkbox"/> lallend <input type="checkbox"/>		
Pupillen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> stark erweitert <input type="checkbox"/> stark verengt		
Pupillenlichtreaktion	<input type="checkbox"/> prompt <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> fehlend		
Bewusstsein	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> benommen <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> verwirrt		
Störung der Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Art	
der Erinnerung an Vorfall	ja		
Denkablauf	<input type="checkbox"/> geordnet <input type="checkbox"/> sprunghaft <input type="checkbox"/> perseverierend <input type="checkbox"/> verworren <input type="checkbox"/>		
Verhalten	<input type="checkbox"/> beherrscht <input type="checkbox"/> redselig <input type="checkbox"/> distanzlos <input type="checkbox"/> abweisend <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> verlangsamt <input type="checkbox"/> lethargisch <input type="checkbox"/>		
Stimmung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> euphorisch <input type="checkbox"/> stumpf <input type="checkbox"/> gereizt <input type="checkbox"/>		
Äußerlicher Anschein des Einflusses von ... bemerkbar	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> nicht <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark		
Gesamteindruck (z. B. Vortäuschung/Übertreibung/sonstige Auffälligkeiten)			

Versicherung der Ärztin/des Arztes

Desinfektion der Haut erfolgte mit Polyhexanid Lauryldimethylbenzylammoniumbromid

Röhrchen und Protokoll sind in meiner Gegenwart mit gleichlautend nummerierten Klebezetteln versehen worden.

Ort, Datum

Unterschrift und Name der Ärztin/des Arztes