

Dienststelle

| | |
|---|-------------|
| Aktenzeichen | Ort, Datum: |
| Sachbearbeitung durch (Name, Amtsbezeichnung) | |
| Telefon / Nebenstelle - | CNP: - |
| Fax / Nebenstelle - | CNP: - |

Prüfung der Haft-/Gewahrsamstauglichkeit gem. Nr. 13 HVOPol

Ärztliche Untersuchung

1. Polizeiliche Feststellungen

Betroffene/-r

| | | |
|--------------|--------------------|------------|
| Familienname | Geburtsname | Vorname/-n |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Telefon |
| PLZ, Wohnort | Straße, Hausnummer | |

AAK: mg/l Datum: Uhrzeit:

Sachverhalt [Anlass und Gründe der freiheitsentziehenden Maßnahme, Angaben zu Erkrankungen o. Verletzungen, festgestellte Verletzungen, medizinisch bedeutsame, personengebundene Hinweise (Blutkontakt/Ansteckungsgefahr!)]

Bewachung notwendig nein ja (mit Anlass/Begründung)

Unterschrift Sachbearbeiter

| | | | |
|--------------|-------------|------------|--------------|
| Familienname | Geburtsname | Vorname/-n | Geburtsdatum |
|--------------|-------------|------------|--------------|

2. Ärztlicher Untersuchungsbericht

| | | | |
|-----|-------|---------|---------------------|
| Ort | Datum | Uhrzeit | Untersuchender Arzt |
|-----|-------|---------|---------------------|

Anamnese (Angaben über Vorerkrankungen, Angaben über Drogen- und Medikamentenaufnahme, aktuelle Beschwerden)

Befund

| | | | | | |
|------------------|---------------------------------------|------------------------|--------------------|--|---------|
| Blutdruck RR | Puls | Körpertemperatur °C | SpO ² % | AAK/BAK mg/l AAK/BAK Promille | Uhrzeit |
| Pupillenreaktion | Patient ansprechbar / bei Bewusstsein | | | Blutzuckerwert | |

| | Nein | Kein Anhalt für | Ja | Art / Welche (ggf. u.a. Freitextfeld nutzen) |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| sichtbare Verletzungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Ausfallerscheinungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Kontrollverlust | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Atemdepression | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Aspiration | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Krampfanfall | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| Bewusstseinsveränderung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| vitale Gefährdung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Freitextfeld

| | Nein | Ja | Begründung/Anmerkung |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| stationäre Aufnahme | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |
| haft-/gewahrsamsfähig | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ |

Weitere Maßnahmen

Unterschrift, Stempel untersuchender Arzt