

# Die Dokumentation

## 1. Ort des Vorfalls des fremd- oder autoaggressiven Vorfalls

- im gemeins. Haushalt mit erkranktem Familienmitglied
- im eigenen Haushalt des erkrankten Familienmitgliedes
- sonstiger Ort wie „Auf der Straße“, „Beim Arzt“ etc.  
Welcher sonstige Ort? \_\_\_\_\_

## 3. Alter des fremd- oder autoaggressiven Familienmitgliedes

- unter 18 Jahre
- 19 – 40 Jahre
- 41 – 64 Jahre
- 65 Jahre oder älter

## 5. Kurze Beschreibung des Vorfalls. Was ist passiert?

.....

## 6. Anwesende Familienmitglieder beim Vorfall

- Ein oder beide Elternteile
- Andere Angehörige: welche: \_\_\_\_\_
- Außenstehende Besucher / Freunde
- Beruflich Herbeigeholte wie Ärztin/ Arzt, Sozialpsychiatrischer Dienst /SozialarbeiterInnen

## 2. Datum des Vorfalls. Nach dem 01.04.2012!

\_\_\_\_\_ (TT MM JJJJ)

Zumindest Monat und Jahr angeben

## 4. Geschlecht des fremd- oder autoaggressiv gewordenen Familienmitgliedes

- männlich
- weiblich

## 7. Wenn autoaggressive Handlung(en), auch Androhungen von Selbstschädigung(en), welche?

.....

.....

8. Auslöser der aggressiven Handlungen	9. Vom Betroffenen benutzte Mittel	10. Ziel der Aggression	11. Konsequenz(en) für das/die Opfer in der Familie	12. Interventionen zur Beendigung der häuslichen Aggression
<input type="checkbox"/> Kein nachvollziehbarer Auslöser  <input type="checkbox"/> Konflikt mit Angehörigen weil: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Anlass Arztbesuch? <input type="checkbox"/> Anlass Medikamenteneinnahme?  <input type="checkbox"/> Betroffener verneint/ will etwas anderes nicht. Andere Gründe: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Verbale Gewalt, z.B. Beschimpfungen/Bedrohungen, incl. sexueller Inhalte <input type="checkbox"/> physische Bedrohung (durch drohende Körperhaltung) <input type="checkbox"/> Faustschläge o.ä. <input type="checkbox"/> Fußtritte o.ä. <input type="checkbox"/> Zuhilfenahme von Gegenständen Welche:..... <input type="checkbox"/> Beißen/Spucken <input type="checkbox"/> Würgeversuch <input type="checkbox"/> Messer  Andere Mittel: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> Ziello <input type="checkbox"/> Gegenstände <input type="checkbox"/> Der Betroffene selbst (Autoaggression)  <b>Angehörige als Ziel:</b> <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Kinder <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Andere Angehörige: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> Sonstige Personen die zugegen waren  Geschlecht Opfer <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> keine  <b>Gegenstände:</b> <input type="checkbox"/> Zerstört, nicht ersetzt <input type="checkbox"/> Zerstört, ersetzt  <b>Personen:</b> <input type="checkbox"/> Gefühl von Bedrohung <input type="checkbox"/> Schmerzdauer < 10 Min <input type="checkbox"/> Schmerzdauer >10 Min <input type="checkbox"/> Sichtbare Verletzung <input type="checkbox"/> Behandlung durch Arzt nötig	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Gespräch in der Familie mit Patient <input type="checkbox"/> Situation wird entzerrt, z.B. PatientIn in sein Zimmer gebracht <input type="checkbox"/> Sehr enge Begleitung im Haushalt/ im Blick behalten <input type="checkbox"/> orale Bedarfs-/Notfallmedikation  Externe Hilfe wurde geholt: <input type="checkbox"/> Sozialpsych. Dienst <input type="checkbox"/> Krisendienst/Feuerwehr <input type="checkbox"/> Polizei <input type="checkbox"/> Von der Familie in Klinik gebracht. <input type="checkbox"/> In Klinik erfolgte <input type="checkbox"/> Aufnahme, kein Zwang <input type="checkbox"/> Zwangsmedikation <input type="checkbox"/> Isolierung <input type="checkbox"/> Fixierung

Kam es zu eigener verbaler oder tätlicher Gewalt in diesem Konflikt durch mich als Angehöriger?  Ja  Nein