

Hiermit wird die Übergabe der Asservate, Foto- und / oder weiterer relevanter Dokumentation bestätigt.

Information VDZ per Fax (0-40495-10687) ist erfolgt.

PatientIn / Name / Geb.Datum (PatientInnenetikette):	
Anzahl der Fotos:	<input type="checkbox"/> 0 Stk. <input type="checkbox"/> ___ Stk.
Dokumentationsunterlagen (z.B. AKH-FM Opferschutz, Dokumentation, AKH-FM Kinderschutzgruppe AKH, Dokumentation und Zusammenfassung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MedPol-Bogen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weitere Dokumentation (z.B. Pat.Brief/Journalblatt):	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> nein
Sexualdelikt: Asservatensicherung <b>nicht</b> zur Untersuchung auf K.o. Mittel! Für Untersuchung von K.o. Mittel FM Opferschutz, K.o. Mittel, Probenversand verwenden	<input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Spurensicherungskit <input type="checkbox"/> Kleidung <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Sexualdelikt Verständigung zur Abholung der Asservate	<input type="checkbox"/> Gerichtsmedizin <input type="checkbox"/> Landeskriminalamt Datum: Paraphe:
Berechtigte Personen für Übernahme: Ausgehändigt werden kann an PatientIn selbst, an BeamtInnen der Landespolizeidirektion bzw. an MitarbeiterInnen der Gerichtsmedizin und der Wr. Interventionsstelle (IST - Beauftragungsschreiben vorliegend).	<input type="checkbox"/> Personalausweis/Dienstausweis – Kopie im Anhang <input type="checkbox"/> Beauftragungsschreiben der IST im Anhang <input type="checkbox"/> Ausweisnummer: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Datum/Uhrzeit der Übergabe:	
Übergabe durch (Name / Paraphe):	
Übernahme durch (Name / Paraphe):	
<b>Anmerkungen:</b>	