

5 Vorausg. familienrechtliche Verfahren		ja	nein	derzeit unbekannt
a	Frühere familienrechtliche Akten AZ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Bestehende/außergerichtliche Umgangsvereinbarung/-durchführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Frühere Sorge- u. Umgangsverfahren AZ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Frühere GewSchG-Verfahren AZ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Ordnungsmittel „Verstoß gegen GewSchG“ AZ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Zivilrechtliche Schutzmaßnahmen (Gewaltschutzgesetz)		ja	nein	unbk.
	beantragt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	bewilligt <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	vor kindschaftsrechtlichem Antrag <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	mit kindschaftsrechtlichem Antrag <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Kontaktverbot zur Partner*in <input type="checkbox"/>
				Kontaktverbot zu Kind/er <input type="checkbox"/>
				Wohnungszuweisung (GewSchG/BGB) <input type="checkbox"/>
				Kinderrechteverbesserungsgesetz (§ 1666a BGB) <input type="checkbox"/>
7 Strafverfolgung				
a	Gab es einen Polizeieinsatz? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Polizeiliche Maßnahmen Platzverweis <input type="checkbox"/>	Kontaktverbot <input type="checkbox"/>	Ingewahrsamnahme <input type="checkbox"/>	
c	Beweissicherung Fotos <input type="checkbox"/>	von Polizei <input type="text"/>		
	Gerichtsmedizin. Untersuchung Dr. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ärztliches Attest/Arztbrief von Dr. <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Wurde Strafantrag gestellt? nein <input type="checkbox"/>	Opferanwalt* <input type="text"/>		
	ja , wegen <input type="checkbox"/>	Körperverletzung <input type="checkbox"/>	Nötigung <input type="checkbox"/>	Gefährliche Körperverletzung <input type="checkbox"/>
		Drohung <input type="checkbox"/>	Beleidigung <input type="checkbox"/>	andere Delikte AZ <input type="text"/>
e	Verfahrensstand z.Z. der Antragsstellung beim Familiengericht	Anzeige bei PI <input type="checkbox"/>	Kripo (K22) <input type="checkbox"/>	Sachbearbeiter/*in <input type="text"/>
	Staatsanwaltschaft <input type="checkbox"/>	Ermittlungsrichter/in/* <input type="checkbox"/>	Hauptverfahren <input type="checkbox"/>	Verurteilung <input type="checkbox"/>
			Freispruch <input type="checkbox"/>	
f	Frühere aktenkundige „Vorfälle“/Straftaten	ja	nein	derzeit unbekannt
	Polizeieinsatz am <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	wegen <input type="text"/>			
	frühere „Häusliche Gewalt“ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	frühere nicht „Häusliche Gewalt“ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verurteilung wegen Gewaltausübung/Drohung/Stalking AZ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verstoß gegen polizeiliche Kontakt-/Betretungsverbote AZ <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verstoß gegen GewSchG <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verstoß geg. Betäubungsmittelgesetz/Suchtmittelmißbrauch/Drogenabusus <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verstoß gegen das Waffengesetz <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verstoß gegen gerichtliche Verfügungen <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Verstoß gegen Bewährungsauflagen <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hat die Person sich schon mal einer Verhaftung/Strafrechtlichen Verfolgung wegen „Häuslicher Gewalt“ entzogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vorgeschichte von Gefängnisstrafen (> 30 Tage) im Jahr <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bundeszentralregisterauszug vom Familienrichter/*in hinzugezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 Partnerschaftsgewalt

a Gewaltformen

Schweregrad: 1=leicht bis 6=lebensbedrohlich (= Einschätzung der/s Ausfüllenden)

	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6
psychische Gewalt							ökonomische Gewalt						
physische Gewalt							soziale Gewalt						
sexualisierte Gewalt							digitale Gewalt						

b Erster Übergriff/
Dauer der
Gewaltwiderfährnis

kürzer als 3 Monate	bis zu 1 Jahr	bis zu 3 Jahren	3 bis 10 Jahre	länger als 10 Jahre
<input type="checkbox"/>				

	ja	nein	derzeit unbekannt
c Hat die physische Gewalt in den letzten 12 Monaten an Schwere oder Häufigkeit zugenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

d **Schwerste Gewalttat** in den letzten 12 Monaten

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	was	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-----	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

e Hat der Geschädigte **Verletzungen?** welche

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Über welchen Zeitraum?

<input type="text"/>	Arztbrief/ Attest von Dr.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	------------------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

früherer Zeitpunkt welche

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

wann

<input type="text"/>	Arztbrief/ Attest von Dr.	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	------------------------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

f Partnergewalt im öffentl. Raum/unter **Zeuge/in/***

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

wann

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	was	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-----	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

g Gewalt während der **Schwangerschaft?** Auswirkungen

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

h Gewalt mit **Kleinkind auf dem Arm?** wann

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	was	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-----	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

i Belastungsmomente des betreuenden Elternteils **Auswirkungen der Gewalt,** Folgen

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

j **Drohungen gegen die/den Partner/in*** Welche?

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

k **Drohung m. Verletzungen** wann

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	und	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-----	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

welche

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

l **Morddrohung** wann

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	und	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-----	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wortlaut

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

m **Drohungen auch schriftlich?** welche

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

n Gibt es eine **Steigerung der Drohungen** hinsichtlich Konkretheit u. /o. Frequenz?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

o Gibt es „**vorszenische Ereignisse**“ im Zusammenhang mit Bedrohungen? z.B. Brandanschläge, Sachbeschädigungen (Kleidung, Handy, Möbel, Türen), Gewalt an Haustieren

wann	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

welche

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

p **Würgen/Strangulieren Erstickten** wann

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	und	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	-----	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

q **Kontrollierendes Verhalten/Isolation** am

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	seit	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

r **Stalking:** Nachstellung an Wohnung/Arbeitsplatz/Cyber-/Ortung

wann	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------	----------------------	---	----------------------	---	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

was

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

s Legaler **Waffenbesitz** (Dienst- /Sportschütze/Jäger)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------

t Illegaler Waffenbesitz / Zugang zu Waffen

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

u **Bedrohung mit Waffen**

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

v **Gewalt mit Waffen** wann

<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	welche Waffe/n	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------	----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9 Einschätzung der Gefahrenlage durch die/en Gewaltbetroffene/r

	Beschreibung	ja	nein	derzeit unbekannt
a	Angst des Opfers, um sich selbst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b	Angst des Opfers umgebracht zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c	Angst vor weiterer Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d	Angst vor Eskalation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e	Angst um die Kinder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f	Angst um Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was sagt d. Geschädigte, was sie/er/* für sich und ihre/seine Kinder will?

10 Gewalterfahrung der Kinder (= Einschätzung betreuender Elternteil, nicht Kindsbefragung!)

a	Vorname, Name (w/m/*)	ja	nein	derzeit unbekannt
Miterlebte Partnerschaftsgewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Gewalt durch (Stief-)Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt durch (Stief-)Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualisierte Gewalt durch (Stief)Vater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche Gewalt durch (Stief-)Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychische Gewalt durch (Stief-)Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualisierte Gewalt durch (Stief-)Mutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ökonomische Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalt in Embryonalphase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Digitale Gewalt, Spyware, Ortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b Belastungsmomente/Gefährdung des Kindes/Verhaltensauffälligkeiten

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

c Kinderärztl./psychol. Arztbrief

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Das Kind hat Angst, dass der gewalttätige Elternteil ...
Jeweils Vorname des Kindes und Beschreibung

d Gefahr der Retraumatisierung

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

e Ist eine Drohung mit Entführung vorstellbar?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

f Positive Beziehungserfahrungen mit Gefährder/in/*

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

g Kind (Kind 1, Kind 2,..) will

11 Zusätzliche Risikofaktoren aufgrund des Verhaltens des/der Gefährder/s

Angaben von Frau/Herr/* Vorname, Name

		ja	nein	derzeit unbekannt
a Alkoholmissbrauch		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vermehrter Alkoholkonsum	<input type="text"/>			
Problemtrinker	<input type="text"/>			
Alkoholiker	<input type="text"/>			
dabei Gewaltausübung	<input type="text"/>			
b Drogenmissbrauch		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
illegale Drogen? welche	<input type="text"/>			
Polizeibekannt?	<input type="text"/>			
c Extreme Haltungen und Einstellungen	<input type="checkbox"/> rechtsradikal/extremistische Haltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> frauenfeindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ausländerfeindlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> patriarchales Familienbild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Blutrache/Familienehre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Besitzansprüche/Extreme Eifersucht/Kontrollierendes Verhalten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e Labile psychische Verfassung/Depressionen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behandlung durch	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keine Behandlung wegen	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f Selbstmordversuch oder Drohung damit?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g Narzisstisch-dissoziale Symptome?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h Finanzielle Probleme z. B. Arbeitslosigkeit	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i Gibt es Anzeichen für einen sozialen Rückzug ? z. B. Abbruch von Sozialkontakten, Kündigung der Arbeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j Existenzproblem / existenzielle Krise / Lebensbankrott / Selbstwerterschütterung?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k Ist die Beziehung die einzige selbstwertrelevante Ressource ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l Ist der Gefährder in hohem Maße auf die Beziehung fixiert ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m Gibt es Leaking-Verhalten / auffälliges Verhalten im Vorfeld einer Tat u./od. indirekte Vorbereitungen?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>			
n Mitgeteilte Gewaltphantasien (mündlich/schriftlich/zeichnerisch)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o Übernimmt Verantwortung für Täterverhalten ?	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12 Erschwerende Faktoren

a Zwangsverheiratung	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b Arrangierte Ehe	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c Ehegattenabhängiger Aufenthaltstitel	Täter von Opfer <input type="checkbox"/> Opfer von Täter <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d Stiefkinder im Haushalt:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewalt gegen Stiefkinder	am <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	was <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

! Wichtig: Bei Gefährlichkeitsfaktoren, über die wenig bekannt ist, nachforschen !

