

Anlage 1

2051

Kriminalpolizei (Telefon / Nebenstelle)

Zutreffendes bitte ankreuzen, pq  
oder ausfüllen

Interne Registernummer (BKZ, TTMAL, Uhrzeit)

Tagebuchnummer / VNR-Nummer

Raum für Kassezettel

**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
<input type="checkbox"/> Nur für Zeugen: Belehrung nach § 81 c StPO ist erfolgt.		
Name, Amtsbezeichnung		
Maßnahmen angeordnet durch:		
Ergebnis		
<input type="checkbox"/> Alco-Test	<input type="checkbox"/> o/oo	<input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> nicht möglich

<b>A</b>	<b>Polizeibericht</b>
1	Name, Vorname <input type="checkbox"/> Geburtsjahr (JJJJ) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
2	<b>Anlass der Untersuchung</b> <input type="checkbox"/> Verkehrsstraf-/ ordnungsverstoß <input type="checkbox"/> Verkehrsunfall <input type="checkbox"/> mit Sachschaden <input type="checkbox"/> mit Personenschaden <input type="checkbox"/> mit Geldstrafe <input type="checkbox"/> mit Unfallflucht beteiligt als <input type="checkbox"/> Fußgänger <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> Fahrer <input type="checkbox"/> Beifahrer <input type="checkbox"/> andere Straftat/ Ordnungsverstoß <input type="checkbox"/> Bezeichnung Zeitpunkt des Vorfalls (Wochentag / Datum / Uhrzeit)
3	<b>a</b> Belehrung <input type="checkbox"/> als Beschuldigter(n) nach § 136 Abs. 4, § 136 Abs. 1 S. 2-4 StPO <input type="checkbox"/> als Betroffene(n) nach § 55 OWG <input type="checkbox"/> als Zeugin / Zeuge nach § 82 Abs. 3, § 55 Abs. 2 StPO <input type="checkbox"/> nicht erfolgt, weil <b>b</b> Angaben über die Aufnahme von Alkohol, Drogen, Medikamenten usw. in den letzten 24 Stunden vor dem Vorfall von (Datum, Uhrzeit) bis (Datum, Uhrzeit) Art und Menge <b>c</b> Angaben über letzte Nahrungsaufnahme von (Datum, Uhrzeit) bis (Datum, Uhrzeit) und Menge <b>d</b> Angaben über die Aufnahme von Alkohol, Drogen, Medikamenten usw. nach dem Vorfall <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist d. zu Untersuchende eindringlich über einen Genuß von Alkohol, Drogen, Medikamenten usw. nach dem Vorfall befragt worden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil von (Datum, Uhrzeit) bis (Datum, Uhrzeit) Art und Menge Bemerkungen
4	<b>Urinprobe</b> <input type="checkbox"/> Belehrung über die Freiwilligkeit ist erfolgt. Name, Amtsbezeichnung Datum, Uhrzeit <input type="checkbox"/> abgegeben an: <input type="checkbox"/> abgelehnt <input type="checkbox"/> nicht durchgeführt, weil
5	Das Untersuchungsergebnis und die Rechnung senden an:

Protokoll und  
Antrag zur  
Beweisnahme/  
Untersuchung  
Stand: 07/2000

Ort, Datum

Unterschrift, Name, Amtsbez. d. protokollierenden Beamten / Beamtinnen

2051

Zutreffendes bitte ankreuzen [x] oder ausfüllen		Interne Registriernummer (BKZ, TTM&U, Uhrzeit)		
<b>Nicht mit Alkohol, Äther, Karbolsäure, Lysol, Sagrotan, Jodtinktur oder anderen organischen Flüssigkeiten desinfizieren.</b>				
<b>B Ärztlicher Bericht</b>				
<b>1.</b>	Name, Vorname	Geburtsjahr (JJJ)	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich	
<b>2.</b>	Blutprobe	Datum, Uhrzeit:      Kontroll-Nr.:      Blutröhrchen für: Alkohol    Drogen		
	1. Entnahme	Bei Leichen: Todeszeit (Datum, Uhrzeit): Fäulniserscheinung: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark		
	2. Entnahme	Blutentnahme (ca. 6 cm) mit Venüle R oder Venülröhrchen aus der freigelegten Oberschenkelvene (nicht aus dem Herzen, «Wund» oder Blutchen) Datum, Uhrzeit der Leichenblutentnahme, Art der Vene		
<b>b</b>	Urinprobe	<input type="checkbox"/> ja    Datum, Uhrzeit:    Entnahmestelle:		
<b>c</b>	Haarprobe	<input type="checkbox"/> ja    Datum, Uhrzeit:    Entnahmestelle:		
<b>2.</b>	Befragung (a bis e bezogen auf die letzten 24 Stunden)			
<b>a</b>	Blutverlust	Menge:    cm    Schock:    Erbrechen:    Datum, Uhrzeit:		
<b>b</b>	Hat vor der Blutentnahme Narkose stattgefunden?	<input type="checkbox"/> ja    Datum, Uhrzeit:    Narkosemittel:		
<b>c</b>	Transfusion	<input type="checkbox"/> ja    Datum, Uhrzeit:    Menge:		
<b>d</b>	Infusion	<input type="checkbox"/> ja    Datum, Uhrzeit:    Art und Menge:		
<b>e</b>	Sind Medikamente oder Drogen verabfolgt oder eingenommen worden?	<input type="checkbox"/> ja    Datum, Uhrzeit:    Art und Menge:		
<b>f</b>	Von dem jetzigen Vorfall unabhängige Krankheiten oder Leiden	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Geisteskrankheit <input type="checkbox"/> frühere Schädel-/Hirngefäße		
<b>3.</b>	Untersuchungsbefund			
	Körpergewicht:	kg	Körperlänge: cm    gewogen:    gemessen:    geschätzt:	
	Konstitution:	<input type="checkbox"/> hager <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> fettig <input checked="" type="checkbox"/> n		
	Bestehende Verletzungen (auch Verdacht auf Schädel-Hirntrauma)	<input type="checkbox"/> ja    Art:		
	Gang (geradeaus)	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> schwankend <input type="checkbox"/> tortuös <input type="checkbox"/> schleppend		
	plötzliche Kehrtwendung nach vorherigem Gehen:	<input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> unsicher		
	Drehnystagmus (zu Untersuchende(n) mit offenen Augen 5mal in 10 Sek. um die Vertikalachse drehen, anhalten - Dauer des Augenrückens bei Fixieren des vorgehaltenen Zeigefingers in Sekunden):			
	Finger-Finger-Prüfung	<input type="checkbox"/> fein-schlägig <input type="checkbox"/> grob-schlägig    Auslenkung schnell    Auslenkung langsam    Dauer:    Sekunden:		
	Sprache	<input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> verworren <input type="checkbox"/> leidend <input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> unsicher		
	Pupillen	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> stark erweitert <input type="checkbox"/> stark verengt    Pupillen-Lichtreaktion: <input type="checkbox"/> prompt <input type="checkbox"/> verzögert <input type="checkbox"/> fehlend		
	Bewusstsein	<input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> benommen <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> bewusstlos <input type="checkbox"/> verwirrt		
	Störung der Orientierung	<input type="checkbox"/> ja    Störung der Erinnerung an den Vorfall: <input type="checkbox"/> ja    Art:		
	Denkablauf	<input type="checkbox"/> geordnet <input type="checkbox"/> sprunghaft <input type="checkbox"/> perseverierend <input type="checkbox"/> verworren		
	Verhalten	<input type="checkbox"/> beherrscht <input type="checkbox"/> redselig <input type="checkbox"/> distanzlos <input type="checkbox"/> abweisend <input checked="" type="checkbox"/> aggressiv		
	Stimmung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> euphorisch <input type="checkbox"/> stumpf <input type="checkbox"/> gereizt		
	Die / der Untersuchte scheint äußerlich	<input type="checkbox"/> nicht merksam <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> deutlich <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark		
	unter	<input type="checkbox"/> Alkohol-einfluß <input type="checkbox"/> Drogen-einfluß <input type="checkbox"/> Medikamenten-einfluß    zu stehen.		
	Gesamteindruck (z.B. Vorläusehung/Überlebung, sonstige Auffälligkeiten)			
<b>4.</b>	Versicherung der Ärztin / des Arztes			
	Die Desinfektion der Haut erfolgte mit <input type="checkbox"/> Odoyenid-Tupfer			
	Röhrchen und Protokoll sind in meiner Gegenwart mit gleichlautend nummerierten Klebezetteln versehen worden.			

Ärztlicher Bericht  
zum Antrag zur  
Blutentnahme/  
Untersuchung  
Stand 08/2000

Ort, Datum

Unterschrift und Name der Ärztin / des Arztes

205  
1

<b>C</b> Ergänzende polizeiliche Feststellungen zum Drogenkonsum		
Anlage zur Anzeige gegen Name ..... Vorname ..... Geb.-Jahr .....		Verurteilten-Nr. .... <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> W
Beobachtungen zur Fahrweise, Witterung und Fahrbahn		
<b>Fahrweise</b> <input type="checkbox"/> keine eigenen Beobachtungen <input type="checkbox"/> sicher <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> Schlangenlinie • Abweichung von der Geraden bis zu ..... m • Zahl der <b>Schlenker</b> ..... • bei einer Beobachtungsstrecke von ..... m Sonstige Beobachtungen	Fahrzeugbedienung G unauffällig G <b>Abwürgen</b> des Motors G unsicheres Schalten G Aufheulen des Motors G Sonstiges .....	Fahrzeugmängel G nein G ja, welche ..... .....
	Fahrbahn G trocken G nass G feucht G winterglatt <input type="checkbox"/> schlüpfrig (öl, Dung, Laub usw.)	Witterung <input type="checkbox"/> Regen G Schneefall / Hagel G Nebel / Dunst (Sicht ca. .... m) <input type="checkbox"/> Sturm / Böen
Beobachtung <b>beim</b> Anhalten oder Antreffen		
Lichtverhältnisse am Untersuchungsort D Tageslicht                      D Dämmerung <input type="checkbox"/> Dunkelheit                      G Straßenbeleuchtung D Fahrzeuginnenbeleuchtung <input type="checkbox"/> Raumbeleuchtung		
Aussteigen aus dem Fahrzeug G normal G Gleichgewichtsstörungen G <b>muss</b> sich am Fahrzeug festhalten	Äußere Erscheinung G unauffällig G ungepflegt G verwahrlost G Sonstiges .....	Gang G sicher G schwankend G torkelnd G schleppend
Körperliche Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> keine G Unruhe <input type="checkbox"/> Zittern D Erbrechen G Schweißausbruch	Stimmung / Verhalten G unauffällig G distanzlos G weinerlich G redselig G provokativ G stumpf G aggressiv G gereizt G unangemessen fröhlich	Der deutschen Sprache mächtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein G bedingt Sprache G deutlich G verwaschen G lallend
<b>Bewusstsein</b> <input type="checkbox"/> klar Q benommen G schläfrig G <b>bewusstlos</b> <input type="checkbox"/> verwirrt	Augen G unauffällig G Bindehäute gerötet G wässrig / glänzend G unruhig	Pupillen G unauffällig G stark erweitert G stark verengt
Sonstige Beobachtungen (sämtliche asservierten Pulver, Tabletten etc., Konsumentenutensilien, sonstige Auffälligkeiten im Auto, an der Person; bei Bedarf weiter auf gesondertem Blatt)		
Verhalten <b>während</b> der Amtshandlung (Dauer von ..... : ..... Uhr bis ..... : ..... Uhr)		
G gleichbleibend <input type="checkbox"/> Veränderung (welche?)		
Eigene Feststellungen kurze Erläuterung		
Dienststelle/Stempel                      Festgestellt durch 1. .... (Name, Amtsbezeichnung, Unterschrift) x Datum .....		
2. .... (Name, Amtsbezeichnung, Unterschrift)		

I VOX2743/00151/1(059902)