

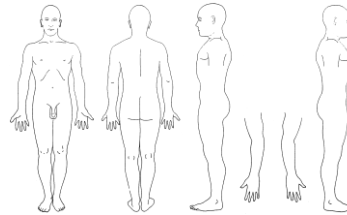
Fall Nr. _____ Bild Nr: _____ Datum: _____ Uhrzeit: __ - __ Ort (der Dok.) _____

Nachname: _____ Vorname: _____ Andere: _____

Identifizier: _____ Photograph: _____

Körperregion/Lokalisierung: _____

(Verwenden Sie das IP Körperschema)



Angaben zur Foltertechnik: _____

Datum Folter: _____ Ort Folter: _____ Täter: _____

Angaben zu Foltermittel/instrument: _____

Behandlung, Heilungsverlauf (z.B. Sekundärfektion, Behandlung): _____

Zusätzliche Angaben des Patienten: _____

Anmerkung: _____

Zugehörige Dokumente/Beweismittel Nr. ___ Nr. ___ Nr. ___ Nr. ___ Nr. ___ Nr. ___

Bildgebende Verfahren (Röntgen, Nuklearmagnetresonanz): Nr. Bild: ___ Datum: ___ . ___ . ___ Weitere

Informationen: _____

Gebrauch des Bildes vom Klienten freigegeben (informed consent): Gericht: _ Medizinisch: _ Lehre: _ Patient: _

Anmerkung: Grau markierte Felder sollten für jedes Bild ausgefüllt werden