

IV. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, ZACHOWYWAŁA SIĘ W NASTĘPUJĄCY SPOSÓB:

Formy przemocy w rodzinie	Wobec dorosłych			Wobec dzieci		
	TAK	NIE	wobec kogo*	TAK	NIE	wobec kogo*
Stosowała przemoc fizyczną, w tym:						
popychanie						
uderzanie						
wykręcanie rąk						
duszenie						
kopanie						
spoliczkowanie						
inne (podać jakie)						
Uszkodzenia ciała, w tym:						
zasinienia						
zadrapania						
krwawienia						
oparzenia						
inne (podać jakie)						
Stosowała przemoc psychiczną, w tym:						
izolację						
wyzwiska						
ośmieszanie						
groźby						
kontrolowanie						
ograniczanie kontaktów						
krytykowanie						
poniżanie						
demoralizację						
ciągłe niepokojenie						
inne (podać jakie)						
Stosowała przemoc seksualną, w tym:						
zmuszanie do obcowania płciowego i innych czynności seksualnych						
Inny rodzaj zachowań, w tym:						
niszczenie/uszkodzenie mienia						
zabór/przywłaszczenie mienia						
groźba karalna/znieważenie						
zmuszanie do picia alkoholu						
zmuszanie do zażywania środków odurzających lub substancji psychotropowych oraz niezleconych przez lekarza leków						
inne działające na szkodę najbliższych (podać jakie)						

* Na przykład: żony, męża, partnera, partnerki, matki, ojca, córki, syna.

V. OD JAK DAWNA TE ZACHOWANIA MAJĄ MIEJSCE

VI. ZACHOWANIE

Zachowanie się osoby	Osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie		Osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie	
	TAK	NIE	TAK	NIE
trudność nawiązania kontaktu				
spokojny/-na				
płaczliwy/-wa				
zastraszony/-na				
unika rozmów				
agresywny/-na				
stawia opór Policji				

VII. OPIS MIEJSCA ZDARZENIA

(np. szkody, zniszczone sprzęty, nieporządek, rozbite szkło, uszkodzone drzwi, brud, ślady krwi, ślady spożywania alkoholu, wyczuwalna woń alkoholu, inne)

VIII. ŚWIADKOWIE STOSOWANIA PRZEMOCY W RODZINIE

Świadek I

1. Imię i nazwisko: _____

2. Miejsce zamieszkania:

 kod pocztowy: _____ miejscowość: _____ województwo: _____

 ulica: _____ numer domu: _____ numer mieszkania: _____

 numer telefonu: _____

Świadek II

1. Imię i nazwisko: _____

2. Miejsce zamieszkania:

 kod pocztowy: _____ miejscowość: _____ województwo: _____

 ulica: _____ numer domu: _____ numer mieszkania: _____

 numer telefonu: _____

Świadek III

1. Imię i nazwisko: _____

2. Miejsce zamieszkania:

 kod pocztowy: _____ miejscowość: _____ województwo: _____

 ulica: _____ numer domu: _____ numer mieszkania: _____

 numer telefonu: _____

IX. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, BYŁA JUŻ KIEDYKOLWIEK KARANA ZA PRZESTĘPSTWO Z UŻYCIEM PRZEMOCY LUB GROŻBY JEJ UŻYCIA:

TAK NIE NIE USTALONO

X. CZY W STOSUNKU DO OSOBY, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, SĄD ZASTOSOWAŁ DOZÓR KURATORA SĄDOWEGO:

TAK NIE NIE USTALONO

XI. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, NADUŻYWA ALKOHOLU:

TAK NIE NIE USTALONO

XII. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, NADUŻYWA ŚRODKÓW ODURZAJĄCYCH, SUBSTANCJI PSYCHOTROPOWYCH LUB LEKÓW:

TAK NIE NIE USTALONO

XIII. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, BYŁA LECZONA PSYCHIATRYCZNIE:

TAK NIE NIE USTALONO

XIV. CZY OSOBA, WOBEC KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE STOSUJE PRZEMOC W RODZINIE, POSIADA BROŃ:

TAK NIE NIE USTALONO

XV. CZY W ZWIĄZKU ZE STOSOWANIEM PRZEMOCY W RODZINIE BYŁY PODEJMOWANE NASTĘPUJĄCE DZIAŁANIA:

- powiadomienie i interwencje Policji
- powiadomienie prokuratury
- zatrzymanie
- dozór Policji
- wydanie zakazu kontaktowania się z określonymi osobami
- wydanie zakazu zbliżania się do określonych osób
- wydanie postanowienia o obowiązku opuszczenia lokalu zajmowanego wspólnie z pokrzywdzonym
- tymczasowe aresztowanie
- wszczęcie postępowania karnego lub innego postępowania sądowego (jakiego? np. rozwodowego, rodzinnego)

- poddanie wykonywania władzy rodzicielskiej stałemu nadzorowi kuratora sądowego
- odebranie dziecka w razie bezpośredniego zagrożenia życia lub zdrowia w związku z przemocą w rodzinie
- zobowiązanie do poddania się leczeniu odwykowemu (w stosunku do kogo?)
- leczenie innych uzależnień (jakich, w stosunku do kogo?)

- zobowiązanie do uczestnictwa w programach oddziaływań korekcyjno-edukacyjnych (nałożone przez kogo?)

- udzielono pomocy medycznej
- inne działania (jakie?)

XVI. DZIAŁANIA PODJĘTE PRZEZ POLICJĘ

Działania podjęte przez Policję	Osoba, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie		Osoba, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie	
	TAK	NIE	TAK	NIE
pouczenie				
środki przymusu bezpośredniego (jakie?)				
badanie na zawartość alkoholu w organizmie	(wynik)		(wynik)	
izba wytrzeźwień				
policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych/do wytrzeźwienia				
policyjne pomieszczenia dla osób zatrzymanych				
policyjna izba dziecka				

XVII. DANE DOTYCZĄCE RODZINY

Inne osoby pozostające we wspólnym gospodarstwie z osobą, wobec której istnieje podejrzenie, że stosuje przemoc w rodzinie:

Lp.	Imię i nazwisko	Stosunek pokrewieństwa	Wiek	Czym się zajmuje *
1				
2				
3				
4				

* Zawód, miejsce pracy, w przypadku dzieci – szkoła/klasa.

XVIII. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE
1. Stan psychiczny:

- pobudzony/-na ospały/-ła/apatyczny/-na płacziwy/-wa
 agresywny/-na lękliwy/-wa inny/-na (jaki/-ka?)

2. Porozumiewanie się:

- chętnie nawiązuje kontakt trudno nawiązuje kontakt
 małomówny/-na jąka się
 krzyczy wypowiada się nielogicznie
 odmawia odpowiedzi na zadawane pytania
 porozumiewa się niewerbalnie (np. językiem migowym, gestami, piktogramami itp.)

Reakcja na osobę towarzyszącą (szczególnie ważne w przypadku dzieci):

XVIII. INFORMACJE DOTYCZĄCE STANU ZDROWIA OSOBY, CO DO KTÓREJ ISTNIEJE PODEJRZENIE, ŻE JEST DOTKNIĘTA PRZEMOCĄ W RODZINIE (c.d.)

3. Rodzaje uszkodzeń:

- | | | |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> skaleczenia | <input type="checkbox"/> ślady naktucia | <input type="checkbox"/> ślady ugryzienia |
| <input type="checkbox"/> otarcia naskórka | <input type="checkbox"/> siniaki | <input type="checkbox"/> krwawienia |
| <input type="checkbox"/> ślady oparzenia | <input type="checkbox"/> zwichnięcia | <input type="checkbox"/> złamania kości |

4. Stan higieny:

- | | | |
|--------|------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| Skóra: | <input type="checkbox"/> czysta | <input type="checkbox"/> brudna |
| | <input type="checkbox"/> wysuszona | <input type="checkbox"/> odmrożona |
| | <input type="checkbox"/> odparzona | <input type="checkbox"/> odleżyny |
| | <input type="checkbox"/> pieluszkowe zapalenie skóry | |
| Włosy: | <input type="checkbox"/> czyste | <input type="checkbox"/> brudne |
| | <input type="checkbox"/> wszawica | <input type="checkbox"/> łysienie/włosy powyrywane |
| | <input type="checkbox"/> ciemieniucha | |

5. Inne objawy podejrzenia stosowania przemocy w rodzinie/zaniedbania:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> strój brudny/nieadekwatny do pory roku | <input type="checkbox"/> waga/wzrost nieadekwatne do wieku |
| <input type="checkbox"/> rozwój nieadekwatny do wieku | <input type="checkbox"/> wyniszczenie organizmu |
| <input type="checkbox"/> odwodnienie | <input type="checkbox"/> ponawianie zgłoszeń do lekarza |
| <input type="checkbox"/> niekorzystanie z pomocy lekarza mimo przewlekłej choroby | |
| <input type="checkbox"/> niestosowanie się do wcześniejszych zaleceń lekarskich | |

6. Obrażenia i objawy spójne z wersją przedstawioną przez osobę, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:

TAK NIE

7. W przypadku dziecka obrażenia i objawy spójne również z wersją przedstawioną przez rodzica lub opiekuna prawnego lub opiekuna faktycznego:

TAK NIE

8. Konieczność przeprowadzenia konsultacji specjalistycznej:

TAK NIE

9. Podjęte leczenie:

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> przyjęto na oddział szpitalny (jaki?) | |
| <input type="checkbox"/> skierowano do szpitala (jakiego?) | |
| <input type="checkbox"/> udzielono pomocy ambulatoryjnej | <input type="checkbox"/> odesłano do domu |
| <input type="checkbox"/> inne (jakie?) | |

10. Poinformowano o możliwości otrzymania zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z przemocą w rodzinie na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie wzoru zaświadczenia lekarskiego o przyczynach i rodzaju uszkodzeń ciała związanych z użyciem przemocy w rodzinie (Dz. U. Nr 201, poz. 1334).

TAK NIE

11. Wydano zaświadczenie lekarskie:

TAK NIE

12. Wydano skierowanie na badanie lekarskie:

TAK NIE

13. Wydano zwolnienie lekarskie od pracy:

TAK NIE

XIX. PODJĘTE DZIAŁANIA INTERWENCYJNE

1. Działania zmierzające do zapewnienia bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie:

- powiadomienie Policji udzielenie pomocy socjalnej
 udzielenie pomocy medycznej
(w przypadku przemocy seksualnej należy działać zgodnie z procedurą postępowania Policji i placówki medycznej)
 inne (jakie?)

2. Działania zmierzające do zapewnienia bezpieczeństwa osobie, co do której istnieje podejrzenie, że jest dotknięta przemocą w rodzinie, poprzez zapewnienie jej miejsca w placówce całodobowej:

- specjalistycznym ośrodku wsparcia dla ofiar przemocy w rodzinie
 ośrodku wsparcia
 ośrodku interwencji kryzysowej
 domu dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży
 szpitalu
 innych (jakich?)

3. Działania zmierzające do udzielenia pomocy dzieciom

4. Przekazanie informacji organom właściwym do prowadzenia postępowania przygotowawczego

5. Inne (jakie?)

XX. WNIOSKI PRZEDSTAWICIELA PODMIOTU WYPEŁNIAJĄCEGO FORMULARZ

XXI. DODATKOWE INFORMACJE