**Seksuaalvägivalla Kriisiabikeskus (SAK)** Lisa 6. Lühivorm

Nimi: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Aadress: \_\_\_\_\_\_

**KURITEOTEADE /LÜHIKOKKUVÕTE PÖÖRDUMISEST SEKSUAALVÄGIVALLA KRIISIABIKESKUSESSE**

Arst (nimi, meiliaadress, telefon): …..…………………………………………….………………………………………………......

Patsiendi nimi, isikukood: ………………………………………………………………………………………………………………......

SAK pöördumise kuupäev ja kellaaeg: …………………………………………………………….……………………………………

Täisealine/alaealine patsient avaldas seksuaalvägivalla toimumise/selle kahtluse, mis toimus (kuupäev, kellaaeg)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**NB! Tegemist pole lõpliku meditsiinidokumendiga. Detailne info on kirjas seksuaalvägivalla üleelanu läbivaatuse protokollis ja fotodel, mis nõude esitamisel edastatakse politseisse.**

Muu oluline esmane info abivajaduse kohta (nt uurijale-kas kasutati relva, info sündmuskohal oleva tõendmaterjali või ohus olevate inimeste kohta; ohvriabi-/sotsiaaltöötajale-kas patsiendi või lähedaste elu ja tervis on jätkuvas ohus, kas vajab turvapaika, kohest kriisiabi vms)

……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………......

……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………......

SAK-is teostatud patsiendi läbivaatus: jah/ei

SAK-is leitud ja dokumenteeritud vigastused kehal: jah/ei

SAK-is leitud ja dokumenteeritud vigastused suguelunditel/anusel: jah/ei

SAK-is kogutud kohtumeditsiiniline tõendmaterjal: jah/ei , üle antud politseile/hoiustatud haiglas

SAK-is võetud toksikoloogia proovid: jah/ei, üle antud politseile/hoiustatud haiglas

Patsiendi/tema saatja kontaktandmed, kellega vajadusel ühendust võtta edasiseks abiks:

……………………………………………………………………………………………………….………………………………………………......

Patsient on nõus, et temaga võetakse ühendust edaspidiseks abiks ohvriabitöötaja/lastemaja töötaja (jooni alla) poolt: jah/ei

Arsti allkiri, nimi, kuupäev: …………………………………………………………………………………………………………………

SAK-i pöördumise teave edastatakse:

Politseisse kriminaalmenetluse alustamise küsimuse otsustamiseks

Ohvriabile, Lastemajale, KOV sotsiaaltöötajale patsiendi abivajaduse küsimuse otsustamiseks

Palun võtke SAK juhtumi aruteluks ühendust (nimi, e-mail, telefon) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

See dokument on (täidab arst):

üle antud (jooni alla) patsiendile

üle antud PPA töötajale (nimi) …………………………………..

See dokument on saadetud (joonib alla arst ja nimed lisab koordinaator):

krüpteeritult PPAle

krüpteeritult ohvriabitöötajale (nimi) ……………………………………………………………………………………………

krüpteeritult lastemaja töötajale (nimi) …………………………………………………………………………………………..

**PP PPA-le: LÄBIVAATUSE PROTOKOLLIST JA TEHTUD FOTODEST KOOPIA SAAMISEKS PALUN SAATKE NÕUE** [e-postiaadress](mailto:kliinikum@kliinikum.ee) . **Tõendmaterjali karbi ja EKEI-sse suunatavate toksikoloogia proovide üleandmise kokkuleppimiseks** palun võtke ühendust xxxx (E-R 8.00-16.00) või [e-postiaadress](mailto:ingrid.tideman@kliinikum.ee)