



CCHR SCHWEIZ

Citizens Commission on Human Rights

Bürgerkommission für Menschenrechte

PF 1207 • 8026 Zürich • Tel: 044 -2427790 • Fax: 044-4910078 • E-Mail: contact@cchr.ch • Homepage: www.cchr.ch

FORMULAR ZUR UNTERSUCHUNG EINES FALLES DES PSYCHIATRISCHEN MISSBRAUCHS

Vielen Dank dafür, dass Sie die Citizens Commission on Human Rights, CCHR, kontaktiert haben. Ihre Antwort ist sehr geschätzt. Ohne den Mut und die Hilfe von Leuten wie Ihnen wäre es uns nicht möglich gewesen, unseren Kampf gegen die Verstöße der Menschenrechte, die im psychiatrischen System vorherrschen, so erfolgreich fortzuführen.

In jeder Situation kann etwas getan werden. Wie unsere Organisation wieder und wieder zeigt, können Ihre Rechte geschützt werden. Der erste Schritt besteht darin, das Unrecht und die Menschenrechts-Verstöße zu berichten. Füllen Sie bitte den beiliegenden Fragebogen so vollständig wie möglich aus, um uns darin zu helfen, Ihnen beizustehen. Sollten Sie weitere Informationen haben, die Sie uns mitteilen möchten, verwenden Sie bitte zusätzliches Papier. Nachdem dieses Formular überprüft worden ist, wird ein Vertreter unseres Büros Sie entweder kontaktieren oder mit einem Brief den Erhalt Ihrer Daten bestätigen und Sie über den nächsten Schritt, der in Ihrem Fall unternommen werden kann, informieren. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt, falls Sie keine Erlaubnis zur Veröffentlichung erteilt haben. Beachten Sie bitte, dass CCHR keine medizinischen oder rechtlichen Ratschläge erteilt.

Name: _____
Adresse: _____
Tel. Privat: _____ Tel. Gesch. _____
Tel. Klinik: _____ Mobile: _____
Email: _____ Geburtsdatum: _____

Beantworten Sie bitten die folgenden Fragen so vollständig wie möglich.

1. Sind Sie die Person, die einem psychiatrischen Missbrauch ausgesetzt war ?

a) falls JA, beantworten Sie bitte folgende Fragen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Sind Sie derzeit noch in psychiatrischer Behandlung? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Nehmen Sie derzeit Psychopharmaka? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Sind Sie bevormundet? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

b) falls NEIN, was ist Ihre Beziehung zu der misshandelten Person ?

2. Welche Verstöße wollen Sie berichten? (Bitte Datum, wann dies geschehen ist, aufführen)

3. Geben Sie bitte die Namen der Psychiater, Psychologen und/oder der psychiatrischen Anstalt(en) an, die an den Verstößen beteiligt waren.

4. Wurde die misshandelte Person unter Drogen gesetzt ? Wurde ihr Elektrotherapie oder irgend eine andere "Therapie" verabreicht ? Wie viel davon und wie oft wurde es verabreicht?

5. Wurde die misshandelte Person durch körperlichen Zwang behandelt, in Einsamkeit gehalten oder mit Gewalttaten bedroht? Was ist genau passiert?

6. Wurde das Opfer entlassen ? Falls ja, was wurde als Grund für die Entlassung angegeben ?

7. Haben Sie oder das Opfer einen Rechtsanwalt herangezogen ? Falls ja, wer ist es ?

8. Haben Sie oder das Opfer eine Klage wegen Missbrauchs eingereicht ? Falls ja, an welche Institutionen oder Organisationen wurde diese Klage geben ?

Hiermit erkläre ich, die obigen Angaben wahrheitsgetreu berichtet zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift

Darf CCHR die Daten für Veröffentlichungen verwenden, wenn wir Ihren Namen nicht erwähnen?

Ja Nein

Darf CCHR die Daten mit Ihrem Namen für Veröffentlichungen an die Medien, Untersuchungsausschüssen, Behörden, etc. verwenden ?

Ja Nein

Ort, Datum

Unterschrift