

**BESCHWERDE VOR DER EUROPÄISCHEN
KOMMISSION FÜR MENSCHENRECHTE
WEGEN DISKRIMINIERUNG ALS KRANKE**

Träger und Initiator der Beschwerde:

Verein zur Bekämpfung chronischer Infektionskrankheiten e.V.
Kirchturmstraße 13
51063 Köln
Tel. 0049-0221-6209706
Fax 0049-0221-6209705

Kontaktperson:

Kanzlei DAHLGRÜN Engel und ROHE
Rechtsanwältin Gabriela Engel
Gartenstraße 19, 31303 Burgdorf
Tel. 05136-85579
Fax 05136- 895419

Wenn Sie vor der Kommission für Menschenrechte eine Beschwerde wegen Diskriminierung als Kranke einreichen wollen, füllen Sie den hier beigefügten Antrag aus und senden Sie diesen mit Kopien Ihrer Unterlagen an den Verein zur Bekämpfung chronischer Infektionskrankheiten e.V.
Der VBCI e.V. steht Ihnen für ein kurzes Informationsgespräch über den Verlauf und faktische Auswirkung der Beschwerde gerne zur Verfügung.

FRAGEBOGEN

Angaben zur Person

Vorname und Name:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Adresse:

Kurze Darstellung des schulischen und beruflichen Werdegangs

Kurze Darstellung des Verlaufs der Krankheit:

Diskriminierung als Kranke:

- Was ist Ihr Krankheitsbild
- Welche Diagnose wurden gestellt?
- Wie viele Arztbesuche bei wie vielen Ärzten gab es seit Beginn der Krankheitserscheinungen, bzw. des Krankheitsbildes?
- Welche abschließende Diagnose wurde gestellt?
- Hatten Sie, Ihrer Meinung nach, Probleme, eine korrekte Diagnose zu bekommen? Ihrer Meinung nach wann? Wie lange hat es gedauert?
- Wurde von den Ärzten eine psychische oder psychosomatische Diagnose vorgeschoben?
- Nach Feststellung der Diagnose hatten Sie Schwierigkeit, eine adäquate Therapie verordnet zu bekommen?
- Wie viele Therapien und welche Therapien wurden durchgeführt?
- Wie viele Therapien und welche Therapien waren erfolglos?
- War eine Therapie erfolgreich?
- Wenn ja: Wie lange dauerte es, bis Ihnen diese Therapie verordnet wurde?
- Hat eine oder mehrere Therapien zu einer Heilung oder Eindämmung der Krankheit geführt?
Wie lange hat es gedauert?
- Wie lange befanden Sie sich in ärztlicher Behandlung vor Feststellung der Diagnose bei gleicher Krankheitssymptomatik?
- Wie lange befinden Sie sich in ärztlicher Behandlung nach endgültiger Diagnosestellung?
- Hatten Sie Probleme mit der Durchsetzung Ihrer Therapie, bzw. mit der Kostenübernahme seitens Ihrer Krankenversicherung?

- Haben Sie Probleme in der Durchsetzung von Krankengeldleistungen Oder von Rentenansprüchen?
Wenn ja, welche?
Bitte schildern Sie auch die Dauer der Durchsetzung und dessen Ergebnis.
- In Bezug auf die Schwerbehinderteneigenschaft, Erwerbsunfähigkeit, und Erwerbsfähigkeit (Umschulungsmaßnahmen) hatten Sie Probleme, diese Ansprüche durchzusetzen?

Ihre Bemühungen der Situation abzuhelpfen:

- Wo haben Sie sich infiziert?
- Welche Informationen wurden Ihnen über Ihre Krankheit öffentlich vermittelt?
- Welche Organisationen, Vereinigungen und Ärzte haben Ihnen geholfen? Wie sah die Hilfe aus?
- Haben Sie gegen Ärzte auf Fehlbehandlung, Schmerzensgeld, Schadensersatz geklagt? Gibt es bereits Entscheidungen? Wenn ja welche?
Bitte reichen Sie Kopien der entsprechenden Bescheide und Urteile ein.
- Haben Sie Strafanzeige gegen Ärzte z. B. wegen unerlassener Hilfeleistung oder Körperverletzung erstattet? Gibt es bereits Entscheidungen? Wenn ja welche? Bitte reichen Sie Kopien der entsprechenden Bescheide und Urteile ein.
- Haben Sie Widerspruchsverfahren oder Klagen gegen die Krankenversicherung, gegen die Rentenversicherung, gegen die Berufsunfähigkeitsversicherung, gegen Versorgungsämter, gegen die Bundesagentur für Arbeit eingereicht?
Gibt es bereits Entscheidungen? Wenn ja welche?
Bitte reichen Sie Kopien der entsprechenden Bescheide und Urteile ein.

Bitte reichen Sie belegende Dokumente ein:

1) Kopien von Patientenakten, Ärztliche Atteste,
Untersuchungsbefunde

2) Gutachten

3) Ablehnende Bescheide

Folgende Dokumente sind hier beigelegt:

Die o.g. Schilderungen und Angaben entsprechen der Wahrheit.

Ort

Datum

Unterschrift

Erklärung gemäß Datenschutz

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass die auf diesem Blatt unter Träger und Kontaktperson genannten Empfänger meine gegebenen Informationen speichern und an Beauftragte Personen zum Zwecke der Einreichung von Beschwerden bei der OSZE, UN und dem US State Department (US-Außenministerium) und weiteren anerkannten Menschenrechtsorganisationen weiterleiten.

Ort

Datum

Unterschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben in anonymisierter Form (Unkenntlichmachung von Namen und Orten) in Veröffentlichungen, Aufsätzen, Artikeln zum Thema Menschenrechte verwendet werden dürfen.

Ort

Datum

Unterschrift

Bitte an folgende Empfänger abschicken:

VBCle.V. Kirchturmstraße 13, 51063 Köln

Kanzlei Dahlgrün Engel und Rohe
Rechtsanwältin Gabriela Engel
Gartenstraße 19, 31303 Burgdorf

OSZE

UN- US State Department

(bitte unterschreiben)
