

**Name:** \_\_\_\_\_

**Geburtsjahr:** \_\_\_\_\_

**Welches Jugendamt/ welche Jugendämter war/waren zuständig?**

\_\_\_\_\_

**Haben Ihre Eltern dem Heimaufenthalt zugestimmt?**

ja             nein

**Hatten Sie einen Vormund und wenn ja, welchen?**

\_\_\_\_\_

**Was ist Ihr spezielles Anliegen?**

- die eigenen Erfahrungen berichten
- Hilfe bei Akteneinsicht
- Anerkennung von Rentenansprüchen
- Entschädigung
- Entschuldigung für erlittenes Leid

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datenschutz:**

Alle vorstehenden Daten werden durch die Geschäftsstelle des Runden Tisches Heimerziehung ausschließlich zu wissenschaftlichen Zwecken erhoben und gespeichert. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben oder Dritten zugänglich gemacht. Ausgenommen sind ggf. Wissenschaftler/innen, die mit der wissenschaftlichen Auswertung der Daten betraut werden. Auch diese Wissenschaftler/innen sind an die Datenschutzbestimmungen gebunden. Eine Weitergabe an Dritte ist ihnen untersagt.

Jede Veröffentlichung von Daten findet ausschließlich anonymisiert und im Rahmen wissenschaftlicher Publikationen statt. Eine Rückverfolgung der Ergebnisse auf Einzelpersonen ist ausgeschlossen.

Alle personenbezogenen Daten werden nach Abschluss der Auswertung – spätestens jedoch mit Ablauf des Jahres 2015 – gelöscht.

**bitte ankreuzen:**

- Ich stimme zu, dass meine Daten bei der Geschäftsstelle des Runden Tisches Heimerziehung gespeichert werden.
- Ich stimme zu, dass meine Daten für eine wissenschaftliche Auswertung und unter Einhaltung aller datenschutzrechtlichen Bestimmungen an autorisierte Wissenschaftler/innen weitergegeben werden.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name/ Ort des Heimes	der Träger war:	Zeitraum (von – bis)	Was genau waren in dem genannten Heim Ihre speziellen eigenen Erfahrungen?					
			nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig	
	öffentlich <input type="checkbox"/>		Demütigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	evangelisch <input type="checkbox"/>		Gewalt/ Prügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	katholisch <input type="checkbox"/>		Schlafentzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sexuelle Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Arbeitseinsätze für Betriebe außerhalb des Heimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schulbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Einsperren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Unterversorgung mit Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zwang zum Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zwang Erbrochenes aufzuessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			medizinische Unterversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			unzureichende Hygienebedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			sonstiges (bitte ausführen ggf. Extrablatt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche positiven Erfahrungen möchten Sie berichten? (ggf. Extrablatt)

---



---

Name/ Ort des Heimes	der Träger war:	Zeitraum (von – bis)	Was genau waren in dem genannten Heim Ihre speziellen eigenen Erfahrungen?					
			nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig	
	öffentlich <input type="checkbox"/>		Demütigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	evangelisch <input type="checkbox"/>		Gewalt/ Prügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	katholisch <input type="checkbox"/>		Schlafentzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sexuelle Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Arbeitseinsätze für Betriebe außerhalb des Heimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schulbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Einsperren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Unterversorgung mit Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zwang zum Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zwang Erbrochenes aufzuessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			medizinische Unterversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			unzureichende Hygienebedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			sonstiges (bitte ausführen ggf. Extrablatt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche positiven Erfahrungen möchten Sie berichten? (ggf. Extrablatt)

---



---

Name/ Ort des Heimes	der Träger war:	Zeitraum (von – bis)	Was genau waren in dem genannten Heim Ihre speziellen eigenen Erfahrungen?					
			nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig	
	öffentlich <input type="checkbox"/>		Demütigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	evangelisch <input type="checkbox"/>		Gewalt/ Prügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	katholisch <input type="checkbox"/>		Schlafentzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sexuelle Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Arbeitseinsätze für Betriebe außerhalb des Heimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schulbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Einsperren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Unterversorgung mit Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zwang zum Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zwang Erbrochenes aufzuessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			medizinische Unterversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			unzureichende Hygienebedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			sonstiges (bitte ausführen ggf. Extrablatt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Welche positiven Erfahrungen möchten Sie berichten? (ggf. Extrablatt)**

---



---

Name/ Ort des Heimes	der Träger war:	Zeitraum (von – bis)	Was genau waren in dem genannten Heim Ihre speziellen eigenen Erfahrungen?					
			nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig	
	öffentlich <input type="checkbox"/>		Demütigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	evangelisch <input type="checkbox"/>		Gewalt/ Prügel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	katholisch <input type="checkbox"/>		Schlafentzug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Sexuelle Gewalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Arbeitseinsätze für Betriebe außerhalb des Heimes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Schulbesuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Einsperren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Unterversorgung mit Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zwang zum Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Zwang Erbrochenes aufzuessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			medizinische Unterversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			unzureichende Hygienebedingungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			sonstiges (bitte ausführen ggf. Extrablatt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche positiven Erfahrungen möchten Sie berichten? (ggf. Extrablatt)

---



---