



## Karate Verband Schleswig-Holstein e.V.

### Offizielles Beschwerdeformular

Dieses Formular dient der Meldung jeder Art von schwerwiegendem Fehlverhalten, Belästigung und Missbrauch, der Sie oder eine Ihnen bekannte Person ausgesetzt sind.

Bitte fühlen Sie sich ermutigt, als Opfer oder Zeugin Bericht zu erstatten:

✂ **Möchten Sie anonym bleiben ?**      **Nein** ☐      **Ja** ☐

➤ Falls Ja: Fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort

➤ Falls Nein: Geben Sie bitte folgende persönlichen Informationen an:

|                |                                                                                              |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname: |                                                                                              |
| Alter:         | geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> |
| Telefon:       | E-Mail:                                                                                      |
| Stadt, PLZ:    | Bundesland:                                                                                  |
| Verein:        | Trainer:                                                                                     |

✂ **Welche Person oder Einrichtung möchten Sie melden ?**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name, Vorname:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                              |
| Alter:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Geschlecht: w <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/> |
| Stadt, PLZ:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Bundesland:                                                                                  |
| Position:<br><input type="checkbox"/> TrainerIn <input type="checkbox"/> Sportkameradin <input type="checkbox"/> Offizielle(r) <input type="checkbox"/> Freundin<br><input type="checkbox"/> AssistenztrainerIn <input type="checkbox"/> KampfrichterIn <input type="checkbox"/> Ärztliche Belegschaft <input type="checkbox"/> BetreuerIn<br><input type="checkbox"/> Teammitglied <input type="checkbox"/> Vereinsmitglied <input type="checkbox"/> Familienmitglied <input type="checkbox"/> Sonstige |                                                                                              |
| Zusätzliche Information:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                              |

✂ **Wer ist das Opfer; wer wurde belästigt?**      **Ich** ☐      **Jemand anderes, ich bin Zeugin** ☐

✂ **Welche Art von Fehlverhalten möchten Sie berichten?**

|                                                                                                     |                                                                                                         |                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Körperliche Gewalt, Verletzungen, Schläge, Handgreiflichkeiten             | <input type="checkbox"/> Schikane, Nötigung, Zwang, sexuelle Simulation                                 | <input type="checkbox"/> Diskriminierung aufgrund von Geschlecht, Rasse, Kultur, Religion, Behinderung |
| <input type="checkbox"/> Verbale Gewalt, Sexuelle verbale Belästigung, verbale Missbrauch           | <input type="checkbox"/> Emotionaler Missbrauch, Aggressives, erniedrigendes oder abwertendes Verhalten | <input type="checkbox"/> Sexuelle Kommentare, Witze, unangemessenes Verhalten                          |
| <input type="checkbox"/> Mobbing, Drohungen, Belästigung, Einschüchterung, unerwünschte Berührungen | <input type="checkbox"/> Sexueller Missbrauch, Vergewaltigung, sexuelle Übergriffe                      | <input type="checkbox"/> Sexuelle Textnachrichten oder E-Mails, Bilder, Videos                         |

# Karate Verband Schleswig-Holstein e.V.

## Offizielles Beschwerdeformular



✂ Bitte beschreiben Sie ausführlich, was vorgefallen ist (falls möglich legen Sie Nachweise bei):

|                  |
|------------------|
| <br><br><br><br> |
|------------------|

### ✂ Wo fand das Fehlverhalten statt?

|                        |  |
|------------------------|--|
| Ort: Verein, Straße... |  |
| Stadt, PLZ:            |  |
| Bundesland:            |  |

### ✂ Wann trat das Fehlverhalten auf ?

|                            |                                   |                                      |                                        |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------------|
| Wann?                      | Datum:                            |                                      |                                        |
| Zu mehreren Gelegenheiten? | <input type="checkbox"/> Nein     | <input type="checkbox"/> Ja, zweimal | <input type="checkbox"/> Ja, öfter     |
| Für wie viele Jahre?       | <input type="checkbox"/> Ein Jahr | <input type="checkbox"/> Zwei Jahre  | <input type="checkbox"/> Mehrere Jahre |

### ✂ Was war Ihre erste Reaktion, als das Fehlverhalten auftrat ?

|                                                                 |                                                              |                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ich äußerte mich nicht.                | <input type="checkbox"/> Nichts, ich fürchtete Rache.        | <input type="checkbox"/> Ich erzählte es einem Freund.                      |
| <input type="checkbox"/> Ich bat denjenigen, aufzuhören.        | <input type="checkbox"/> Ich erzählte es meinem Trainer.     | <input type="checkbox"/> Ich erzählte es in der Familie.                    |
| <input type="checkbox"/> Ich erzählte es im Verein/Offiziellen. | <input type="checkbox"/> Ich wusste nicht, was ich tun soll. | <input type="checkbox"/> Ich erzählte es einem Arzt oder Physiotherapeuten. |

### ✂ Ähnliche Fälle:

|                                                           |                               |                             |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| Sind Sie in Ihrer Situation alleine?                      | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Sind auch andere Sportler von dieser Situation betroffen? | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |
| Haben Sie einen ähnlichen Fall beobachtet?                | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja |

### ✂ Bitte beschreiben Sie die beobachteten Fälle:

|                  |
|------------------|
| <br><br><br><br> |
|------------------|

### ✂ Können Sie andere nützlichen Informationen berichten? Falls ja, teilen Sie es uns bitte mit:

|                  |
|------------------|
| <br><br><br><br> |
|------------------|



## Karate Verband Schleswig-Holstein e.V.

Karate Verband  
Schleswig-Holstein e.V.

### Offizielles Beschwerdeformular

Vielen Dank für das Ausfüllen des Formulars zur Berichterstattung über Ihren Fall oder einen Fall, den Sie beobachtet haben. Falls Sie uns dieses Formular per E-Mail senden, fügen Sie bitte alle Nachweise über Ihren Fall bei. Dieser Bericht wird vertraulich behandelt, und Sie werden von uns umfassend über die Ergebnisse der Untersuchungen informiert.

**Ich bestätige, dass ALLE Informationen über die oben beschriebenen Vorfälle der Wahrheit entsprechen. Ich verlange, dass die Untersuchung meines Falls auf eine faire und moralisch vertretbare Art und Weise geschieht.**

**Es ist NICHT meine Absicht, im Bericht genannte Personen mit falschen Anschuldigungen zu schädigen.**

**Name, Vorname:**

**Datum:**

.....

Bitte senden Sie das Formular an: **KARATE VERBAND Schleswig-Holstein e.V.**, Dorfstraße 7, 24598 Heidmühlen