

-----vivo checklist of war, detention and torture events-----

Personen-Code (Initialen + Geburtsdatum DD/MM/YY): _____

1	Sind sie von offiziellen Personen beleidigt worden?
2	<p>Schläge / Treten Wunden/Prellungen/Narben (heute noch sichtbar?)</p> <p>a) Kopf</p> <p>b) Körper</p> <p>c) Fußsohlen</p> <p>d) Genitalbereich</p>

	<p>Kam es zu einer Kopfverletzung?</p> <p>0 ☐ nie</p> <p>1 ☐ Schläge auf Kopf / Gesicht ohne sichtbare Narben</p> <p>2 ☐ Verdacht auf Kopfverletzung (Narben) oder SHT (Bewusstlosigkeit)</p> <p>Bewusstlosigkeit nach Kopfverletzung, wie lange (max. Wert) _____ min</p>
3	<p>Hat man Ihnen die Augen verbunden?</p> <p>In welchen Situationen?</p>
4	<p>Sind Sie immer wieder abwechselnd sehr grob und dann wieder sehr mild behandelt worden?</p> <p><i>(Hatten die Folterer verschiedenen ‚Rollen‘?)</i></p>

-----vivo checklist of war, detention and torture events-----

Personen-Code (Initialen + Geburtsdatum DD/MM/YY): _____

5	Hat man Sie dazu gezwungen, für längere Zeit in einer auf Dauer schmerzhaften Position zu stehen? Wie?
6	Hat man Ihnen (weitere) Folter angedroht?

7	Wurden Sie an der Pflege ihrer persönlichen Hygiene, wie täglich Waschen, gehindert?
8	Hat man Sie an den Haaren / Koteletten gezogen?
9	Haben Sie Elektroschocks erhalten? Wo am Körper? (wo waren Elektroden plaziert?)
10	Mussten Sie mit ansehen, wie andere gefoltert wurden? (Familienmitglieder, Bekannte oder Fremde?)
	Konnten Sie hören, wie andere gefoltert wurden (Schreie etc.)? (Familienmitglieder, Bekannte oder Fremde?)
	Wurden Sie gezwungen, andere Mitinhaftierte zu misshandeln / zu foltern?

-----vivo checklist of war, detention and torture events-----

Personen-Code (Initialen + Geburtsdatum DD/MM/YY): _____

11	Hat man Ihnen angedroht, Sie umzubringen?
12	Mussten Sie sich nackt ausziehen? <i>(in welchen Situationen?)</i>
13	Hat man Ihnen untersagt, auf die Toilette zu gehen, wenn sie mussten? <i>(Strenges Kriterium: Hat man Sie solange daran gehindert, dass sie in der Zelle urinieren mussten, sodass Sie anschliessend dafür bestraft wurden? Oder: konnten Sie vor lauter Angst Stuhl oder Urin nicht mehr halten?)</i>
14	Wurden Sie über mehrere Tage von anderen Menschen und anderen Häftlingen isoliert? <i>(wie lange vermutlich? In welchen Gefängnissen?)</i>
15	Hat man Sie regelmäßig am Schlafen gehindert? <i>(Durch was? War der Schlafentzug absichtlich, um Sie zu zermürben?)</i>
16	Waren Sie in einer Zelle oder Box untergebracht, die so klein oder voll war, dass Sie sich nicht bewegen konnten?

-----vivo checklist of war, detention and torture events-----

Personen-Code (Initialen + Geburtsdatum DD/MM/YY): _____

18	Hat man Ihnen ärztliche Hilfe verwehrt, als sie sie nötig hatten?
19	Hat man Sie extremer Hitze oder Kälte ausgesetzt?
20	Hat man Ihnen angedroht, Sie zu vergewaltigen?
22	Hat man Ihnen angedroht, Ihrer Familie etwas anzutun?
24	Haben Sie über mehrere Tage zuwenig zu Essen bekommen (in Haft oder im Versteck), so dass Sie hungern mussten?
25	Hat man Sie an einem Seil oder einer Kette aufgehängt (z.B. an den Handgelenken)?
26	Haben Sie über längere Zeit zu wenig oder nur verschmutztes Trinkwasser bekommen?
27	Wurden Sie mit einem kalten Wasserstrahl abgespritzt oder mussten Sie kalt duschen, bis Sie Schmerzen hatten?

-----vivo checklist of war, detention and torture events-----

Personen-Code (Initialen + Geburtsdatum DD/MM/YY): _____

28	Scheinhinrichtung: Hat man so getan, als ob man Sie sofort umbringen würde?
29	Hat man gegen Ihren Willen Ihre Geschlechtsteile angefasst?

30	Sind Sie gewürgt oder auf andere Art am Atmen gehindert worden (z.B. Plastiktüte)?
31	Sind Sie in Wasser oder eine andere Flüssigkeit (z.B. Fäkalien) untergetaucht worden?
34	Wurden Sie (über mehrere Stunden) gefesselt oder fixiert? <i>(Woran? Wie?)</i>
35	Hat man Sie gegen ihren Willen zum Geschlechtsverkehr gezwungen oder Gegenstände in ihren After oder ihr Geschlecht eingeführt? <i>(Wurden überhaupt Gegenstände in ihrem Körper gesteckt? Haben das mehrere Personen getan?)</i>

-----vivo checklist of war, detention and torture events-----

Personen-Code (Initialen + Geburtsdatum DD/MM/YY): _____

36	Hat man Ihre Arme, Beine oder Ihren Rumpf gewaltsam gedehnt oder überstreckt?
37	Hat man Ihre Genitalien (Hoden, Penis, Brustwarzen, etc.) verdreht oder gequetscht?
	<u>Ausserhalb des Gefängnisses:</u>
39	Waren Sie jemals in unmittelbarer Nähe von bewaffneten Kampfhandlungen oder Bombardierungen?
40	Mussten Sie sich vor Heckenschützen verstecken?
43	Waren Sie über mehrere Tag in ihrem Haus eingeschlossen oder mussten Sie sich da verstecken?
44A	Mussten Sie jemals mit ansehen, wie andere Menschen sexuell misshandelt wurden?
44D	Haben Sie beobachtet, wie ein Mitglied Ihrer Familie verletzt oder getötet wurde?
53	Haben Sie beobachtet, wie eine andere Person verletzt oder getötet wurde?

-----vivo checklist of war, detention and torture events-----

Personen-Code (Initialen + Geburtsdatum DD/MM/YY): _____

50	<p>Haben Sie Verstümmelungen oder Leichen gesehen? <i>(Gewaltsam getötete Menschen, grotesk entstellte Leichen etc.)</i></p> <p>Hat man Sie zu irgendeiner Form von Kontakt mit Blut oder Leichen gezwungen?</p>
51	<p>Haben Sie beobachtet, wie eine Ihnen nahe stehende Person entführt oder verhaftet wurde?</p>
54	<p>Haben Sie gewaltsame Hausdurchsuchungen oder ähnliches miterlebt?</p>
55	<p>Haben Sie kollektive Bestrafungen miterlebt (Zeuge oder Opfer)?</p>
38	<p>Anderes <i>(Hat man etwas Schreckliches mit Ihnen gemacht, z.B. irgend eine Methode, Sie zu quälen oder haben Sie etwas extrem Unangenehmes erlebt, das nicht auf dieser Liste enthalten war?)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - in Haft (z.B. mit Schlangen gefoltert/Zigaretten auf ihm ausgedrückt): - außerhalb Haft: