

**Falldokumentation zur Erfassung der Auswirkungen des verschärften Asylrechts auf die Situation von Flüchtlingen mit HIV (Asylpaket 1 und 2)**



|   |   |                                      |  |                                   |   |   |
|---|---|--------------------------------------|--|-----------------------------------|---|---|
| <b>Datum der Dokumentation</b>                            |   |                                      |  |                                   |   |   |
| <b>Fall dokumentiert von</b><br>(Name der MA/Einrichtung) |   |                                      |  |                                   |   |   |
| <b>Bundesland</b>   |   |                                      |  |                                   |   |   |
| <b>Klient_in</b>  | <b>Alter</b>  | unter 20<br><input type="checkbox"/> | 20-30<br><input type="checkbox"/>                | 30-40<br><input type="checkbox"/> | über 50<br><input type="checkbox"/>       | keine Angaben<br><input type="checkbox"/> |
|   | <b>Geschlecht</b>   | <input type="checkbox"/> männlich    | <input type="checkbox"/> weiblich                | <input type="checkbox"/> trans*   | keine Angaben<br><input type="checkbox"/> |   |
|   | <b>Sexuelle Orientierung &amp; Identität</b> (falls bekannt): |                                      |  |                                   |   |   |
|   | <b>Herkunftsland:</b>   |                                      | <b>Ohne Papiere:</b> <input type="checkbox"/> ja |                                   |   |   |
|   | <b>Datum der Einreise:</b>                                    |                                      |  |                                   |   |   |
|   | <b>Unterbringung:</b>   | <input type="checkbox"/> Großstadt   | <input type="checkbox"/> Kleinstadt              | <input type="checkbox"/> Dorf     |   |   |

**Fallbeschreibung**

|  |   |
|--|---|
| <b>weitere Anmerkungen zum Fall</b><br>(z.B. Probleme bei Beschaffung und Akzeptanz von Attesten, Auskünften aus der Herkunftsland, Auswirkungen der Residenzpflicht auf Arztbesuche etc.) | <input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Folgeantrag<br><br><input type="checkbox"/> beschleunigtes Verfahren in „besonderen Aufnahmeeinrichtungen“ (§ 30a AsylG)<br><br><input type="checkbox"/> Dauer des Verfahrens: _____<br><br><b>geltend gemachte Asylgründe/Abschiebungshindernisse:</b><br><input type="checkbox"/> Homosexualität <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> politische Verfolgung <input type="checkbox"/> Bürgerkrieg<br><br><input type="checkbox"/> andere: _____<br><br><input type="checkbox"/> Schwangerschaft<br><br><b>HIV-Infektion</b><br><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br><br><b>war im Asylverfahren:</b> <input type="checkbox"/> bekannt <input type="checkbox"/> nicht bekannt<br><br><b>wurde festgestellt:</b> <input type="checkbox"/> vor der Einreise <input type="checkbox"/> in Deutschland |
|--|---|

|  |   |
|--|---|
| <b>Ausgang des Asylverfahrens</b><br>(siehe BAMF-Bescheid) | <p><b>positive Entscheidung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Asyl/Flüchtlingsschutz    <input type="checkbox"/> subsidiärer Schutz    <input type="checkbox"/> Abschiebungsverbot</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p><b>negative Entscheidung</b></p> <p><input type="checkbox"/> unzulässig (Dublin-Verfahren)                      <input type="checkbox"/> unbeachtlich (sicherer Drittstaat)</p> <p><input type="checkbox"/> offensichtlich unbegründet                              <input type="checkbox"/> (einfach) unbegründet</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Entscheidung: <input type="checkbox"/> bestandskräftig              <input type="checkbox"/> noch nicht bestandskräftig</p> <p>gerichtliche Überprüfung erfolgt?</p> <p><input type="checkbox"/> ja bei Verwaltungsgericht _____</p> <p><input type="checkbox"/> nein</p> |
| <b>ausländerbehördliches Verfahren</b>                     | <p><input type="checkbox"/> Aufenthaltserlaubnis gem. § _____ (siehe Aufkleber/Karte)</p> <p><input type="checkbox"/> Duldung</p> <p><input type="checkbox"/> Ausreise                      <input type="checkbox"/> Abschiebung nach: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>   |
| <b>Weitere Bemerkungen &amp; Probleme</b>                  |   |

**Bitte den ausgefüllten Bogen ausdrucken und an die folgende Adresse senden:**

**Deutsche AIDS-Hilfe  
 Zu Hd. Tanja Gangarova  
 Wilhelmstr. 138  
 10963 Berlin**

**Oder per Mail:**  
[tanja.gangarova@dah.aidshilfe.de](mailto:tanja.gangarova@dah.aidshilfe.de)