



## Special Olympics Landesspiele Hamm 2019

### Anmeldung Healthy Athletes® Gesundheitsprogramm

---

(Name, Vorname des Sportlers)

(Geburtsdatum)

---

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

---

(Institution/Einrichtung/Mitglied)

#### **Healthy Athletes Einverständniserklärung**

Mit dem Healthy Athletes Programm bietet Special Olympics seinen Athleten kostenfreie Gesundheitsdienste auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene.

Diese Angebote umfassen individuelle orientierende Untersuchungen, Gesundheits-Checks, Gesundheitsaufklärung und vorbeugende Maßnahmen. Die Athleten werden über ihren Gesundheitszustand informiert und bekommen schriftliche Informationen, in welche Weiterbehandlung, falls erforderlich, sie sich begeben sollten. Darüber hinaus werden die Gesundheitsdaten unter Berücksichtigung des Datenschutzes in eine Healthy Athletes Datenbank aufgenommen und anonymisiert wissenschaftlich ausgewertet. Mit den Ergebnissen werden gesundheitspolitische Forderungen zur Verbesserung der Gesundheitsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung unterstützt. Die Daten werden nur von oder unter Aufsicht von Special Olympics verwendet und nicht an Dritte zu anderen Zwecken weitergegeben.

#### **Einverständniserklärung:**

Ich verstehe, dass ich mich durch meine Unterschrift (siehe unten) mit der Teilnahme am Gesundheitsprogramm von Special Olympics Healthy Athletes Programm einverstanden erkläre.

Ich verstehe, dass die Teilnahme am Healthy Athletes Programm für mich freiwillig ist und dass ich das Programm jederzeit abbrechen kann. Das Angebot dieser Gesundheits-Checks zielt nicht darauf, regelmäßige Gesundheitsfürsorge zu ersetzen. Ich verstehe, dass jeder seine eigene, unabhängige Gesundheitsfürsorge verfolgen sollte und dass Special Olympics durch die Bereitstellung der Gesundheitsdienste im Healthy Athletes Programm nicht verantwortlich ist für die Gesundheit der teilnehmenden Sportler.

Ich verstehe und erlaube, dass Informationen, die während des Healthy Athletes-Programms über mich gesammelt werden, anonym ausgewertet werden und so der Verbesserung der Gesundheitsfürsorge für Sportler von Special Olympics und allgemein für Menschen mit geistiger Behinderung dienen. Die Einwilligung ist freiwillig. Ich kann meine Einwilligung jederzeit beim Veranstalter Special Olympics NRW widerrufen.

**Aus rechtlichen Gründen ist dieses Formular unterschrieben in der anmeldenden Einrichtung für eventuelle Rückfragen aufzubewahren.**

---

Sportler (wenn 18 Jahre alt und geschäftsfähig)

Ort, Datum

---

Eltern o. (alle) gesetzliche(n)r Vertreter (wenn Sportler unter 18 Jahre alt oder nicht geschäftsfähig)

Ort, Datum

**Hiermit bestätige ich, dass der Sportler den Inhalt der Einverständniserklärung verstanden hat:**

---

Betreuer

Einrichtung/Schule/Werkstatt

Ort, Datum