



Einverständnis Gesundheitsprogramm

Special Olympics Landesspiele, 12.-14.06.2017

Landesspiele 2017

Trier
12. - 14. Juni



Erläuterung

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

Diese Dienste umfassen individuelle orientierende Untersuchungen, Gesundheits-Checks, Gesundheitsaufklärung und vorbeugende Maßnahmen (wie z.B. Mundschutz für Kontaktsportarten). Außerdem können, wenn notwendig, kostenfrei verschreibungspflichtige Brillen, Schwimm- und Schutzbrillen sowie Hörhilfen an die Athleten gegeben werden. 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 aufgenommen und unter Berücksichtigung des Datenschutzes aufgearbeitet und 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

_____	_____
Name, Vorname des Sportlers	Geburtsdatum
_____	_____
Straße	PLZ, Ort, Bundesland

Institution /Einrichtung	

Ich verstehe, dass ich mich durch meine Unterschrift (siehe unten) mit der Teilnahme am Gesundheitsprogramm von Special Olympics Healthy Athletes Programm einverstanden erkläre. Während der Veranstaltung bietet das Programm Gesundheits-Checks und Aufklärung in folgenden Bereichen: **Fit Feet, FUN Fitness, Special Smiles, Health Promotion, Healthy Hearing**

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 ab, 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 Gesundheitsprogramms über mich gesammelt werden, anonym aufgearbeitet 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 jeder Zeit beim Veranstalter Special Olympics Rheinland-Pfalz widerrufen.

Aus rechtlichen Gründen ist dieses Formular unterschrieben beim Teilnehmer/ der anmeldenden Institution für evtl. Rückfragen aufzubewahren.

(Unterschrift Sportler, wenn 18 Jahre alt und geschäftsfähig)

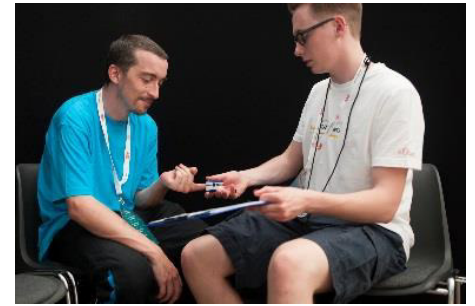
(Unterschrift eines Elternteils/ gesetzlichen Vertreters (wenn Athlet/in unter 18 Jahren oder nicht geschäftsfähig))

Hiermit bestätige Ich, dass der/die Sportlerin den Inhalt der Einverständniserklärung verstanden hat:

_____	_____	_____
Name des Betreuers	Einrichtung/ Institution	Ort, Datum

Infos in Leichter Sprache

Das Gesundheits-Programm von Special Olympics heißt weltweit auf Englisch: Healthy Athletes. Das heißt: gesunde Athleten.



Special Olympics möchte, dass alle Menschen mit geistiger Behinderung auf ihre Gesundheit achten. Jeder der möchte, kann sich kostenlos untersuchen lassen: bei Sport-Veranstaltungen, in Wohn-Einrichtungen oder Werkstätten.

Bei den Untersuchungen schreiben wir Daten über die Gesundheit der Teilnehmer auf. Die Daten werden ohne Name aufgeschrieben. Die Daten nutzen wir, um die Gesundheits-Versorgung zu verbessern.

Wichtig:

Gehen Sie regelmäßig zur Gesundheits-Vorsorge. Das Gesundheits-Programm ersetzt keinen Arzt-Besuch. Das Gesundheits-Programm ist immer nur ein zusätzliches Angebot.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich:

- Ich möchte am Gesundheits-Programm teilnehmen.
- Ich weiß, dass ich mir die Angebote aussuchen kann.
- Ich weiß, dass ich die Teilnahme beenden kann.
- Ich weiß, dass meine Daten ohne meinen Namen aufgeschrieben werden.
- Ich kann meine Zustimmung jeder Zeit zurück nehmen.

Das Formular ist bei ihrer Wohn-Einrichtung oder Werkstatt.

Unterschrift:

Sie sind unter 18 Jahre:

Dann unterschreiben beide Eltern auf der Vorder-Seite.

Sie haben einen Betreuer im Bereich Gesundheits-Sorge:

Dann unterschreibt ihr Betreuer auf der Vorder-Seite.

Sie sind älter als 18 Jahre und haben keinen Betreuer:

Dann unterschreiben Sie auf der Vorder-Seite über dem Wort Teilnehmer.

