

Logo Landesverband

S p e c i a l O l y m p i c s

... .. . 2 0

(Name, Vorname des Teilnehmenden)

(Geburtsdatum)

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

(Institution/Einrichtung)

Healthy Athletes Einverständniserklärung

Mit dem Healthy Athletes Programm bietet Special Olympics seinen Athletinnen und 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 Teilnehmenden gegeben werden. Die Athletinnen und 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. Diese dient dazu, die Bedingungen in der Gesundheitsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung zu verbessern.

Einverständniserklärung:

Ich verstehe, dass ich mich durch meine Unterschrift (siehe unten) mit der Teilnahme am Gesundheitsprogramm von Special Olympics Healthy Athletes Program einverstanden erkläre. Dieses Programm umfasst während (hier Veranstaltung eintragen) folgende **kontaktlose** Angebote:

Dabei werden zum Schutz der Teilnehmenden alle gesetzlichen Regelungen, insbesondere die Hygienebestimmungen in der Coronapandemiesituation umgesetzt.

Ich verstehe, dass die Teilnahme am Gesundheits-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 Sportlerinnen und Sportler.

Ich verstehe und erlaube, dass Informationen die während des Gesundheits-Programms 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.

Athletin oder Athlet (wenn 18 Jahre alt und geschäftsfähig)

Eltern oder gesetzlich Vertretender (wenn Teilnehmende/Teilnehmender unter 18 Jahre alt oder nicht geschäftsfähig)

Hiermit bestätige ich, dass die teilnehmende Person den Inhalt der Einverständniserklärung verstanden hat:

Betreuende/r

Einrichtung/Schule/Werkstatt

Ort, Datum