



## HEALTHY ATHLETES

Special Olympics BW

Landes-Sommerspiele 2021 in Mannheim  
1 5 . - 1 8 . 0 6 . 2 0 2 1

---

(Name, Vorname des Sportlers)

(Geburtsdatum)

---

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

---

(Institution/Einrichtung)

### Healthy Athletes Einverständniserklärung

Mit dem Gesundheitsprogramm Healthy Athletes bietet Special Olympics angemeldeten Teilnehmenden (SO Athleten, Menschen mit geistiger Behinderung) kostenfreie Beratungen und Untersuchungen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene.

Diese Angebote\* umfassen individuelle orientierende Untersuchungen, Prüfungen der Seh- und Hörfähigkeit, Gesundheits-Checks, Gesundheitsaufklärung und vorbeugende Maßnahmen (wie z.B. Mundschutz für Kontaktsportarten). Die Teilnehmer 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. Während der Veranstaltung bietet das Programm Gesundheits-Checks und Aufklärung in folgenden Bereichen: *Special Smiles – Gesund im Mund, FitFeet – Fitte Füße und Opening Eyes – Besser Sehen.*

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.

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 jeder Zeit beim Veranstalter Special Olympics Deutschland widerrufen.

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

---

Teilnehmer (wenn 18 Jahre alt und geschäftsfähig)

Ort, Datum

---

Eltern o. (alle) gesetzliche(n)r Betreuer (wenn Teilnehmer unter 18 Jahre alt oder nicht geschäftsfähig) Ort, Datum

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

---

Gesetzlicher Betreuer

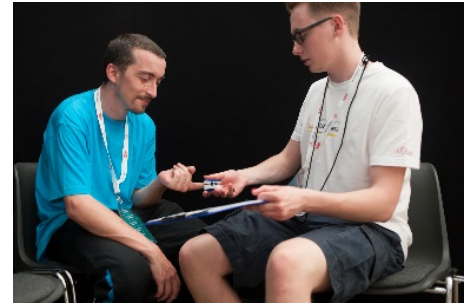
Ort, Datum

\* Informationen zu den Angeboten

<http://specialolympics.de/sport-angebote/healthy-athletesR-gesunde-athleten/>

## 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 Namen 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.