

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zur Teilnahme am  
Gesundheitsprogramm Healthy ATHLETES®  
v o n S p e c i a l O l y m p i c s ... ..  
... . b i s ... . 2 0 2 .

(Name, Vorname des Teilnehmenden)

(Geburtsdatum)

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

(Institution/ Einrichtung / SO Delegation)

Special Olympics .....bietet angemeldeten Teilnehmenden (SO Athletinnen und Athleten, Menschen mit geistiger Behinderung) mit dem Gesundheitsprogramm kostenfreie Beratungen und Untersuchungen in folgenden Disziplinen:

Fit Feet- Fitte Füße  FUNfitness – Bewegung mit Spaß  Health Promotion- Gesunde Lebensweise   
Healthy Hearing – Besser Hören  Opening Eyes- Besser sehen  Strong Minds – Innere Stärke   
Special Smiles - Gesund im Mund

Diese Angebote umfassen individuelle orientierende Untersuchungen und Beratungen, sowie Weiterbehandlungsempfehlungen. Die Verarbeitung der dabei erhobenen Gesundheitsdaten der o. g. Kategorien erfolgt zu dem Zweck die Teilnehmenden über ihren Gesundheitszustand zu informieren. Die Teilnehmenden bekommen im Nachgang 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** zu wissenschaftlichen Zwecken ausgewertet. Mit den Ergebnissen werden gesundheitspolitische Forderungen zur Verbesserung der Gesundheitsfürsorge für Menschen mit geistiger Behinderung unterstützt. Die Daten werden nur von SOD oder den entsprechenden SO Landesverbänden verwendet und nicht an Dritte zu anderen Zwecken weitergegeben.

**Durch meine Unterschrift (siehe unten) erkläre ich mich mit der Teilnahme am Special Olympics Gesundheitsprogramm Healthy Athletes einverstanden und willige in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten, einschließlich meiner Gesundheitsdaten, ein.**

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 willige ein, dass Informationen, die während des Healthy Athletes-Programms über mich gesammelt werden, anonym ausgewertet werden und so der Verbesserung der Gesundheitsfürsorge für Sportlerinnen und Sportler von Special Olympics und allgemein für Menschen mit geistiger Behinderung dienen. Die Einwilligung ist freiwillig.

Ich kann meine Einwilligung jeder Zeit beim Verantwortlichen (SO..)xx..... widerrufen. Hierfür sende ich eine E-Mail an XX..... Aus rechtlichen Gründen ist dieses Formular unterschrieben in der anmeldenden Einrichtung für eventuelle Rückfragen aufzubewahren.

Weitere Hinweise zum Umgang mit meinen Daten finde ich in der **Healthy Athletes Datenschutzerklärung** [LINK]

Teilnehmende (wenn 18 Jahre alt und geschäftsfähig)

Ort, Datum

Eltern/ gesetzlich Betreuende (wenn Teilnehmende unter 18 Jahre alt oder nicht geschäftsfähig) Ort, Datum

Hiermit bestätige ich, dass die/ der Teilnehmende den Inhalt der Einverständniserklärung verstanden hat:

Gesetzlich Betreuende

Einrichtung/ Schule/ Werkstatt

Ort, Datum

\* Informationen zu den Angeboten:

[www.specialolympics.de/sport-angebote/healthy-athletesR-gesunde-athleten/](http://www.specialolympics.de/sport-angebote/healthy-athletesR-gesunde-athleten/)

# Das Gesundheits-Programm von Special Olympics

## Informationen zur Teilnahme in Leichter Sprache

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 Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf.

Die Daten werden ohne Name aufgeschrieben.

Mit den Daten möchten wir die Gesundheits-Versorgung verbessern.

### **Wichtig:**

Gehen Sie regelmäßig zur Gesundheits-Vorsorge.

Das Gesundheits-Programm ersetzt keinen Arztbesuch.

Das Gesundheits-Programm ist immer nur ein zusätzliches Angebot.

Mit meiner Unterschrift bestätigen Sie:

- 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.

### **Unterschrift**

**Sie sind älter als 18 Jahre und haben keine Betreuerin oder keinen Betreuer.**

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

### **Sie sind unter 18 Jahre:**

Dann unterschreiben beide Eltern auf der Vorder-Seite.

**Sie haben eine Betreuerin oder einen Betreuer im Bereich Gesundheits-Sorge:**

Dann unterschreibt Ihre Betreuerin oder Ihr Betreuer auf der Vorder-Seite.