



**HEALTHY ATHLETES®**  
**Special Olympics ... .. 202.**  
**... bis ... (Monat)**

---

(Name, Vorname des Teilnehmenden)

(Geburtsdatum)

---

(Straße)

(PLZ, Ort, Bundesland)

---

(Institution/ Einrichtung / SO Delegation)

**Healthy Athletes Einverständniserklärung**

Mit dem Gesundheitsprogramm Healthy Athletes® bietet Special Olympics angemeldeten Teilnehmenden (SO Athletinnen und 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-, Mundgesundheits-Checks, Gesundheitsaufklärung und vorbeugende Maßnahmen. Die Teilnehmenden werden über ihren Gesundheitszustand informiert und bekommen schriftliche Informationen im SOD Gesundheitspass, 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: Fitte Füße, Bewegung mit Spaß, Gesunde Lebensweise, Besser Hören, Besser Sehen, Innere Stärke und Gesund im Mund. Dabei werden zum Schutz der Teilnehmenden alle gesetzlichen Regelungen, insbesondere die Hygienebestimmungen in der Coronapandemiesituation umgesetzt.

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 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 Veranstalter Special Olympics Deutschland widerrufen.  
**Aus rechtlichen Gründen ist dieses Formular unterschrieben in der anmeldenden Einrichtung für eventuelle Rückfragen aufzubewahren.**

---

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.

Das Formular ist bei Ihrer Wohn-Einrichtung oder Werkstatt.

Bei allen Angeboten werden die Corona-Regeln eingehalten.

Besonders die AHA+L Regel:

Abstand halten, Hygiene beachten, Maske tragen und regelmäßig lüften.

So werden alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer geschützt.

### **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.