

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass meine Tochter/mein Sohn _____ an leistungsdiagnostischen Untersuchungen am Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Institut für Sport und Sportwissenschaft (IfSS), Leitung Prof. Dr. Alexander Woll, teilnimmt. Mit der Speicherung der erhobenen Daten (max. 10 Jahre) und einer möglichen pseudonymisierten wissenschaftlichen Auswertung – wie in den datenschutzrechtlichen Hinweisen der Kundeninformation beschrieben – bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass bei jeder sportlichen Betätigung ein Verletzungsrisiko besteht und auch eine Herz-Kreislaufbelastung auftritt. Das individuelle Risiko ist abhängig vom Allgemeinzustand des Betreffenden, von eventuell bestehenden Erkrankungen, von früheren Erkrankungen und vom aktuellen Trainingszustand.

Ich bin mündlich und schriftlich über das Wesen, die Bedeutung, die Tragweite und mögliche Risiken der einzelnen Untersuchungen im Rahmen der leistungsdiagnostischen Untersuchung informiert worden und hatte ausreichend Gelegenheit, meine Fragen hierzu in einem Gespräch mit dem/der Testleiter/in zu klären. Insbesondere habe ich die mir vorgelegte Kundeninformation gelesen und verstanden.

Die Teilnahme am Test erfolgt freiwillig und auf eigenes Risiko.

Ich kann jederzeit ohne Angabe von Gründen von der Teilnahme zurücktreten sowie meine Einverständniserklärung widerrufen. Im Falle des Rücktritts bin ich verpflichtet die vereinbarte Vergütung zu zahlen. Die bis dahin über mich gespeicherten Daten werden datenschutzrechtlich vernichtet bzw. gelöscht.

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars erkläre ich mein Einverständnis, dass mir im Rahmen dieser Untersuchung Kapillarblut aus dem Ohrläppchen abgenommen wird. Mir ist bekannt, dass die Abnahme des Blutes von leistungsdiagnostisch ausgebildeten Studierenden und Mitarbeitern des KIT erfolgt, jedoch nicht durch medizinisches Fachpersonal. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass eine durchgängige ärztliche Versorgung während der Testdurchführung nicht gewährleistet werden kann.

Erziehungsberechtigte/Erziehungsberechtigter: _____
(Unterschrift)

(Name in Druckbuchstaben)

Ort: _____

Datum: _____