



UNIVERSITÄT
HEIDELBERG
ZUKUNFT
SEIT 1386

DEUTSCHES
GELENKZENTRUM
HEIDELBERG



Prof. Dr. med. Holger Schmitt
ATOS Klinik Heidelberg
Deutsches Gelenkzentrum Heidelberg
Bismarckstraße 9, 96115 Heidelberg
Tel.: 06221 983180
E-Mail: holger.schmitt@atos.de

Explorative Beobachtungsstudie zur Versorgungsstruktur für Leistungssportler im Judo- Nachwuchsbereich

Einwilligungserklärung 12-17-Jährige

Ich habe die Informationsschrift gelesen und wurde durch Herrn Leon Lichtmanegger schriftlich/mündlich über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken ausführlich und verständlich aufgeklärt. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen zu stellen. Alle meine Fragen wurden zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich stimme der Teilnahme an der Studie freiwillig zu. Für meine Entscheidung hatte ich ausreichend Zeit. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich erhalten.

Datenschutz

Deine von uns erhobenen Daten unterliegen allesamt der ärztlichen Schweigepflicht, d.h. dass deine Daten an keine anderen Personen weitergegeben werden. Angaben aus deinem Fragebogen werden nicht an z.B. deine Trainer, Verbandsärzte etc. weitergegeben. Deine Daten werden so gespeichert und ausgewertet, dass sie ohne einen von uns aufbewahrten „Schlüssel“ nicht mehr zu dir zugeordnet werden können, dein Name wird bei Veröffentlichung der Ergebnisse der Studie niemals genannt. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Weder eine Teilnahme / Nichtteilnahme noch ein nachträglicher Rücktritt haben für dich negative Auswirkungen. Bei einem Widerruf kannst du entscheiden, ob die von dir studienbedingt erhobenen Daten gelöscht werden sollen oder weiterhin für die Zwecke der Studie verwendet werden dürfen. Auch wenn du einer weiteren Verwendung zunächst zustimmst, kannst du nachträglich deine Meinung noch ändern und die Löschung der Daten verlangen. Falls du genauere Informationen zum Datenschutz wünschst, kannst du dieses Thema auch mit deinen Eltern besprechen. Sie haben von uns ausführliche Informationen zum Datenschutz bekommen und wissen, an wen man sich bei Fragen wenden kann.

Ort, Datum

Name, Vorname des Teilnehmers (in Druckbuchstaben)

Unterschrift des Teilnehmers

Aufklärende Person

Der Patient/Proband wurde von mir schriftlich/mündlich über das Ziel und den Ablauf der Studie sowie über die Risiken aufgeklärt. Bei Rückfragen steht der Studienarzt/ -leiter der Proband/In zur Verfügung. Ein Exemplar der Informationsschrift und der Einwilligungserklärung habe ich dem Patienten/Probanden ausgehändigt.

Speyer, den 16.11.2023

Ort, Datum

Lichtmanegger, Leon

Name, Vorname der aufklärenden Person

(in Druckbuchstaben)



Unterschrift der aufklärenden Person