

## Уведомление о согласии на участие в программе Healthy ATHLETES® в соответствии с законодательством о защите данных

17–24 июня 2023 г.

(фамилия и имя участника)

(дата рождения)

(улица)  
страна)

(почтовый индекс, город, штат,

учреждение/организация/делегация СО)

Организационный комитет Всемирных игр Специальной Олимпиады 2023 г. в Берлине (Местный организационный комитет) в рамках программы здравоохранения предлагает зарегистрированным участникам (спортсменам СО, людям с нарушением интеллектуального развития) бесплатные консультации и осмотры по следующим направлениям.

- Fit Feet (Здоровые ноги)
- FUNfitness (Радость быть здоровым)
- Health Promotion (Укрепление здоровья)
- Healthy Hearing (Здоровые уши)
- Opening Eyes (Открытые глаза)
- Special Smiles (Здоровая улыбка)
- Strong Minds (Сильный ум)

Данные услуги включают индивидуальные медицинские осмотры и консультации, а также предоставление рекомендаций по дальнейшему лечению. Обработка сведений, собранных в вышеперечисленных категориях, нацелена на информирование участников о состоянии их здоровья. После оказания услуг они получают письменное заключение о том, какое лечение необходимо пройти. Кроме того, сведения о здоровье хранятся в базе данных программы Healthy Athletes в соответствии с законодательством о защите информации и анонимно анализируются в научных целях. Результаты такого анализа используются для удовлетворения требований политики в сфере здравоохранения, чтобы повысить качество медицинских услуг, предоставляемых людям с нарушением интеллектуального развития. Данные будут использованы только СО или соответствующими ее ассоциациями и не будут переданы третьим лицам для иных целей.

**Подписываясь ниже, я соглашаюсь на участие в программе Специальной Олимпиады Healthy Athletes и на обработку моих личных данных, включая информацию о моем здоровье.**

Я понимаю, что участие в программе Healthy Athletes добровольное и я могу отказаться от него в любой момент. Данные медицинские осмотры не заменяют регулярный контроль моего здоровья. Я понимаю, что каждый должен самостоятельно заботиться о своем здоровье и Специальная Олимпиада, предоставляя медицинские услуги по программе Healthy Athletes, не отвечает за здоровье **участников**.

Я понимаю, что информация обо мне, собранная в рамках программы Healthy Athletes, будет анализироваться анонимно в целях повышения качества медицинских услуг, предоставляемых спортсменам Специальной Олимпиады и людям с нарушением интеллектуального развития в целом, и соглашаюсь с этим. Согласие является добровольным.

Я могу в любой момент отозвать свое согласие, обратившись к ответственному лицу, Изабелль Харбрехт (Isabell Harbrecht) (Местный организационный комитет). Для этого мне необходимо отправить электронное письмо по адресу [isabell.harbrecht@berlin2023.org](mailto:isabell.harbrecht@berlin2023.org). По юридическим причинам данная подписанная форма должна храниться в регистрирующем ведомстве на случай возможных вопросов.

Более подробная информация об обращении с моими данными содержится в **Политике конфиденциальности программы Healthy Athletes на сайте [www.berlin2023.org](http://www.berlin2023.org) (к сожалению, доступна только на английском языке).**

Участники (дееспособные лица старше 18 лет)

Место, дата

Родители или законные опекуны (если участник младше 18 лет и недееспособен) Место, дата

**Я настоящим подтверждаю, что участник понял содержание уведомления о согласии.**

---

Законный опекун  
Место, дата

Учреждение/школа/мастерская для инвалидов

\* Информация о предложениях:

[https://www.berlin2023.org/en/beyond-sports/healthy-athletes.](https://www.berlin2023.org/en/beyond-sports/healthy-athletes)

## Программа здравоохранения Специальной Олимпиады

### Информация об участии простым языком

Специальная Олимпиада хочет, чтобы все люди с нарушением интеллектуального развития следили за своим здоровьем.

Все желающие могут пройти осмотр бесплатно: на спортивных мероприятиях, в реабилитационных центрах или мастерских.

Во время осмотров мы собираем данные о здоровье участников.

Эти данные записываются без имени.

Используя их, мы хотим улучшить медицинские услуги.

#### **Важно!**

Регулярно посещайте медицинские осмотры.

Программа здравоохранения не заменяет визита к врачу.

Она является лишь дополнительным предложением.

Своей подписью вы подтверждаете:

- что хотите участвовать в программе здравоохранения;
- знаете о возможности выбирать предложения;
- знаете о возможности отказаться от участия;
- знаете о том, что ваши данные будут записываться без вашего имени;
- можете в любой момент отозвать свое согласие.

Форму можно взять в реабилитационном центре или мастерской.

#### **Подпись**

##### **Вы старше 18 лет и не имеете опекуна**

Поставьте подпись на первой странице над словом «Участник».

##### **Вам меньше 18 лет**

Первую страницу должны подписать оба родителя.

##### **Ваш опекун — это медицинский работник**

Первую страницу должен подписать тот, кто ухаживает за вами.