

Einverständniserklärung zur Klassifizierung Parakanu

1. Ich erkläre hiermit meine Einwilligung zur Durchführung der Klassifizierung von Athleten¹, die durch ein Klassifizierungsgremium des DKV gemäß den Klassifizierungsregeln der o. g. Sportart vorgenommen wird. Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich dafür ggf. sportähnliche Übungen und Bewegungsabläufe auszuführen habe und möglicherweise im Rahmen des Wettkampfes beobachtet werde. Ich bin mir des Verletzungsrisikos bewusst, dem ich mich durch meine Teilnahme an der Klassifizierung aussetze. Ich bestätige, dass ich über die gesundheitlichen Voraussetzungen verfüge, die für meine Teilnahme an der Klassifizierung erforderlich sind.
2. Ich erkenne an, dass ich die Anweisungen der Klassifizierer zu befolgen habe. Ich erkenne ebenfalls meine Pflicht zur Beibringung der Dokumente an, die für eine Einschätzung des Klassifizierungsgremiums über meine Teilnahmeberechtigung an Wettkämpfen (im DKV) für die o.g. Sportart erforderlich sind. Ich bin mir darüber im Klaren, dass die Klassifizierung im Falle eines Versäumnisses meiner einschlägigen Pflichten ohne Zuteilung einer Wettkampfklasse eingestellt werden kann.
3. Ich erkenne an, dass die Klassifizierung meine Kooperation erfordert und dass vorsätzlich irreführende Darstellungen meiner physischen Kompetenzen und Fähigkeiten sowie des Ausmaßes meiner Beeinträchtigungen im Rahmen der Klassifizierung zur Einleitung eines Disziplinarverfahrens und zu Sanktionen führen können (siehe DBS-Klassifizierungsordnung und sportartspezifische Klassifizierungsordnung unter www.dbs-npc.de Bereich Leistungssport).
4. Ich erkenne an, dass es sich bei der Klassifizierung um ein Beurteilungsverfahren handelt und willige ein, die Beurteilung des Klassifizierungsgremiums zu respektieren. Ich willige ein, die entsprechende Entscheidung des Klassifizierungsgremiums, wenn, dann ausschließlich im Rahmen des –durch die Klassifizierungsregeln festgelegten– Prozesses zur Abwicklung von Protest- und Einspruchsverfahren anzufechten.
5. Mit dieser Einwilligung entbinde ich die DKV-Geschäftsstelle Bereich Leistungssport, die Mitarbeiter der DBS-Abteilung der o. g. Sportart sowie die Klassifizierer von jeglicher Haftung (soweit gesetzlich zulässig) für Verluste oder Schäden, die mir im Zusammenhang mit meiner Teilnahme an der Klassifizierung entstehen. Dieser Haftungsausschluss gilt nicht für die Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit, und soweit sie auf Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit beruht.
6. Ich willige ein, dass im Verlauf des Verfahrens zur Bewertung von Athleten Video- und Fotoaufnahmen von mir angefertigt werden und bin mir darüber im Klaren, dass auch meine Aktivitäten während der Wettkämpfe bzw. in Wettkampfpausen bildlich dokumentiert werden können.
7. Ich erteile den Mitarbeitern der DKV-Geschäftsstelle Bereich Leistungssport und den Mitarbeitern der DBS-Abteilung der o. g. Sportart hiermit die Erlaubnis zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (Name, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Geburtsdatum, Sportart, Sportklasse-Status) und besonderen Arten von personenbezogenen Daten (relevante medizinische Informationen) unabhängig von deren jeweiligem Datenformat, und zur Speicherung derselben in der nationalen SDMS-Datenbank des DBS. Die SDMS-Datenbank wird vom IPC zur Verfügung gestellt und gewartet. Das IPC ist für die technische Funktion verantwortlich. Der DBS hat das IPC auf Grundlage eines Auftragsverarbeitungsvertrages auf die Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zum Datenschutz verpflichtet.
8. Ich willige in die Veröffentlichung meines Namens, meiner Staatsangehörigkeit, meiner Sportklasse und Status und meines Geburtsjahres durch die Mitarbeiter der DKV-Geschäftsstelle Bereich Leistungssport und der DBS-Abteilung der o. g. Sportart ein und erteile ihnen die Erlaubnis zur Übermittlung der betreffenden Informationen an Dritte, soweit dies zwingend notwendig ist, wie z. B. an Ausrichter von Deutschen Meisterschaften.

- Ich erlaube die Übermittlung meiner personenbezogenen und besonderen Arten von personenbezogenen Daten an den internationalen Fachverband der o. g. Sportart, falls ich für eine Klassifizierung auf internationaler Ebene in Betracht komme.
- Ich möchte der DKV-Geschäftsstelle Bereich Leistungssport und der DBS-Abteilung der o. g. Sportart bei der Weiterentwicklung seines Klassifizierungssystems behilflich sein und erteile den Mitarbeitern der DKV-Geschäftsstelle Bereich Leistungssport und der DBS-Abteilung der o. g. Sportart die Erlaubnis zur nicht-gewerblichen Nutzung meiner im Zusammenhang mit der Klassifizierung erhobenen Daten und der bei Training und Wettkämpfen angefertigten Video-Aufzeichnungen.

Diese Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit von mir bzw. meinem gesetzlichen Vertreter für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Der Widerruf ist schriftlich an die DKV-Geschäftsstelle zu richten. Mir ist bewusst, dass bei einem Widerruf keinerlei Ansprüche auf Klassifizierung und damit Teilnahme an Wettkämpfen des DKV und des DBS bestehen.

Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Erhebung, Speicherung und Verarbeitung nicht berührt.

Ich habe ein jederzeitiges Recht auf Auskunft durch den DKV zu meinen personenbezogenen und besonderen Arten personenbezogener Daten, sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit.

Die personenbezogenen und besonderen Arten personenbezogener Daten sind nur einem bestimmten Benutzerkreis, d. h. den Klassifizierern der o. g. Sportart, den zuständigen DKV-Mitarbeitern, den zuständigen Abteilungsverwaltern der o. g. Sportart und bestimmten Mitarbeitern des Hauptverwalters der SDMS zugänglich und werden mit der internationalen Datenbank der o. g. Sportart soweit möglich, erforderlich und erlaubt, synchronisiert.

Der Zugang zu den Daten wird nach schriftlicher Erklärung über die Beendigung der sportlichen Karriere für 5 Jahre gesperrt. Wird die Karriere innerhalb von 5 Jahren wieder aufgenommen, werden die Daten wieder aktiviert, andernfalls werden die Daten nach 5 Jahren endgültig gelöscht. Von den gesperrten Daten sind nur Name, Vorname, Geburtsdatum und Sportart einzusehen zum Zweck der möglichen Reaktivierung.

Vorname, Name Athlet (in BLOCKSCHRIFT)

Ort, Datum

Unterschrift Athlet

Unterschrift gesetzlicher Vertreter/Vormund
(bei minderjährigen Athleten oder Vormundschaft)

Unterschrift 2. gesetzlicher Vertreter/Vormund²
(bei minderjährigen Athleten oder Vormundschaft)

- Hiermit bestätige/n ich/wir, dass ich/wir uns über Inhalt und Tragweite der Einverständniserklärung im Klaren sind und unser Kind ebenfalls darüber aufgeklärt haben.
- Hiermit erkläre ich, dass ich das alleinige Sorgerecht innehave und rechtswirksam allein unterzeichnen kann.

¹ Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen die männliche Form gewählt, es ist jedoch immer die weibliche Form mitgemeint.

² Die Einverständniserklärung ist für Minderjährige von beiden gesetzlichen Vertretern zu unterzeichnen. Wird nur eine Unterschrift geleistet, ist zu erklären, dass der/die Unterzeichnende das alleinige Sorgerecht innehat.

Antrag zur Klassifizierung im Paracanoe nach den ICF –Regeln

Athleten
Nr:

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: m / w

Adresse: _____

Telefon Nr: _____ Email Adresse: _____

Verein: _____

Anhang: Ärztliches Attest

Von den Klassifizierern auszufüllen:

Diagnose, weitere Diagnosen, Bemerkungen:

Körperbehinderung:

Amputation _____ seit _____

Rückenmarksverletzung auf Höhe _____ inkomplett /komplett seit _____

Anfälle

Andere _____

Dokumentation der Behinderung im Anhang

Progressive Erkrankung Ja / Nein

Asthma Ja / Nein

Kann gehen Ja / Nein

mit Gehhilfe Ja / Nein

Rollstuhl Ja / Nein

Ort und Datum der Testung: _____

Empfohlene Klasse: KI 1 KI 2 KI3

Bemerkung des Klassifizierers:

Nationale Klassifizierung: neu Wiederholung

Begründung für eine Einteilung zur Wiederholung der Klassifizierung:

Unterschrift medizin. Klassifizierer

Unterschrift techn. Klassifizierer

Unterschrift Paddler

Name medizin. Klassifizierer

Name techn. Klassifizierer

Name des Paddlers

Zeitpunkt der Information über die Klassifizierung: _____

**Erklärung zu gesundheitlichen Problemen, die medizinische
Notfallmaßnahmen erfordern**

Name: _____

Verein: _____

Mir ist bekannt, dass der DKV und der Veranstalter über alles, was meinen Gesundheitszustand betrifft, informiert werden muss, sobald meine Sicherheit auf dem Wasser betroffen sein kann. Mir ist klar, dass ich die derzeitigen Behandlungsansätze darlegen muss.

Sind derzeit weitere gesundheitlichen Probleme bekannt : Ja Nein

Diabetes Herzerkrankung Krebs Schlaganfall aktuelle Knochenbrüche

Asthma Bluthochdruck autonome Dysreflexe Dehydration Anfallsleiden

Verständigungsprobleme andere _____

Mögliche medizinische Komplikationen: _____

Medizin. Maßnahmen, die dann ergriffen werden müssen:

Allergien: _____

Folgende Medikamente nehme ich z. Zt. ein:

Sollte ich bekannte Krankheiten / gesundheitliche Probleme nicht angeben, und sollte auf Grund dieser Erkrankungen /Probleme ein Notfalleinsatz notwendig sein, werde ich vom weiteren Wettbewerb ausgeschlossen. Sollte eine Erkrankung / ein gesundheitliches Problem zum allerersten Mal während dieses Wettbewerbs auftreten, darf ich weiterhin daran teilnehmen, solange es von ärztlicher Seite erlaubt wird, und ich die geforderten medizinischen Maßnahmen einhalte.

Datum:

Unterschrift des Paddlers: _____

Unterschrift des gesetzl. Vertreters (bei unter 18-jährigen): _____

Name des Zeugen: _____

Unterschrift des Zeugen: _____

ICF PARACANOE ATHLETE CERTIFICATE OF DIAGNOSIS

Please note this form must be completed in English

The person below is required to undergo ICF Paracanoe Athlete Classification to compete at International level of their chosen sport. To assist the classification process a confirmation of the medical diagnosis is required. *(The ICF acknowledges the work of the IVF Adaptive paddling program in developing this document.)*

Family Name: Given Name:

Sex: M F Date of Birth: (day/month/year)

Federation	Athlete signature
------------	-------------------

Medical details *(This section must only be completed by a medical doctor)*

Athlete diagnosis

How long has the athlete had this condition?

Is the condition: Stable? Deteriorating? Fluctuating
(Please tick one box)

Are there any other factors which may affect the athletes fitness for competition? Eg: epilepsy, diabetes, heart disease, cancer, severe allergies, high blood pressure

Declaration

I hereby certify that I have known this patient for years and certify that the above named patient has the stated diagnosis.

Doctors Name
(Please Print)

Address

Doctors Signature
