

## **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich hiermit einverstanden, an einem leistungsdiagnostischen Test teilzunehmen.

Das Risiko einer Verletzung sowie das Auftreten einer Herz-Kreislauf-Belastung bei sportlicher Betätigung sind mir bekannt.

Mit der Blutabnahme (Kapillarblut) im Rahmen dieser Untersuchung erkläre ich mich einverstanden.

Die Teilnahme erfolgt auf eigenes Risiko.

Ich bin mit der Speicherung der erhobenen Daten und der anschließenden anonymen wissenschaftlicher Auswertung einverstanden.

Unterschrift Tester:

Unterschrift Testperson:

Ort:

Datum:

Uhrzeit: