

## Initialer Fragebogen (concussion@school)

Vielen Dank für Ihr Interesse an unserer Studie. Im Projekt geht es um die Erfassung von Concussions (*leichteste Form des leichten Schädel-Hirn Traumas*) im Schulkontext. Wenn bei Ihrem Kind/ Ihnen kürzlich eine solche Kopfverletzung diagnostiziert wurde, würden wir uns freuen, wenn Sie sich bereit erklären, nachfolgende Fragen zu beantworten.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten (E-Mail-Adresse und Telefonnummer) gemäß DSGVO (Artikel 25) verarbeitet und zur Kontaktaufnahme verwendet werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

### Wurde bei Ihrem Kind eine Kopfverletzung (Concussion) diagnostiziert?

☐ Nein ☐ Ja

### Wann kam es zu der Kopfverletzung (Concussion)?

\_\_\_\_\_ (Datum)

### Wo bzw. in welcher Situation kam es zu der Kopfverletzung (Concussion)?

☐ Schulsport ☐ Schulhof ☐ Schulweg  
☐ \_\_\_\_\_

### Welche Schulform wird aktuell besucht?

☐ Grundschule ☐ Hauptschule ☐ Gesamtschule  
☐ Realschule ☐ Gymnasium ☐ Berufskolleg

### Wie alt ist Ihr Kind?

\_\_\_\_\_ (Jahre)

### Dürfen wir Sie kontaktieren?

☐ Nein ☐ Ja

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_



Weitere Informationen zur Studie:  
**[www.myconcussion.de](http://www.myconcussion.de)**

**Telefon:** +49 5251 60-3586

**Mail:** [schulconcussion@sportmed.uni-paderborn.de](mailto:schulconcussion@sportmed.uni-paderborn.de)