

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: _____

Weitere Informationen zur Studie:

www.myconcussion.de

E-Mail-Adresse: _____

Telefon: +49 5251 60-3586

Mail: schulconcussion@sportmed.uni-paderborn.de