



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Name, Vorname: _____, _____ Geburtsdatum: _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

Hiermit befreie ich die Inhaber folgender Funktionen innerhalb der _____ Baden-Württemberg

Funktionen:

- Mannschaftsarzt
- Physiotherapeut/-in

die aufgrund ihrer Tätigkeit der Schweigepflicht unterliegen, gegenüber folgenden Funktionen

Funktion	derzeitiger Funktionsinhaber
Headcoach	
Offense Coordinator	
Defense Coordinator	
Special Teams Coordinator	
Andere	

von ihrer Schweigepflicht, sofern es sich um medizinische Daten handelt, die zur Beurteilung der geforderten Leistungsfähigkeit erforderlich sind.

Sofern zur sportmedizinischen Beurteilung auf Vorerkrankungen und Vorschädigungen eingegangen werden muss, bezieht sich meine Erklärung auch auf diese Daten. Eine Weitergabe auch nur in Auszügen an Social Media, Presse etc. bleibt unberührt und untersagt. Die Entbindung von der Schweigepflicht ist bis auf Widerruf gültig. Die Gültigkeit endet automatisch mit meinem altersbedingten Ausscheiden aus dem Kreis der Kandidaten für die Jugendauswahl, ohne dass es eines Widerrufs bedarf.

Scheidet ein Funktionsinhaber endgültig aus seiner Funktion im Kreis der Jugendauswahl aus, so wird die Entbindung von der Schweigepflicht automatisch auf den neuen Funktionsinhaber übertragen, während die Entbindung von der Schweigepflicht für den bisherigen Funktionsinhaber automatisch als widerrufen gilt.

Ort und Datum

Unterschrift, bei Minderjährigen ein gesetzlicher Vertreter