



Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

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

Hiermit befreie ich die Inhaber folgender Funktionen innerhalb der American Football AFCVNRW Auswahlmannschaften:

Funktion	derzeitiger Funktionsinhaber
1. Mannschaftsarzt:	
2. Verbandsarzt:	Ulrich Grünwald
3. Physiotherapeut/-in:	
4. Physiotherapeut/-in:	
5. Physiotherapeut/-in:	
6. Athletic Trainer:	

Die aufgrund ihrer Tätigkeit der Schweigepflicht unterliegen, gegenüber folgenden Funktionen:

Funktion	derzeitiger Funktionsinhaber:
1. Leistungssportdirektor AFCVNRW:	
2. Team Manager:	
3. Head Coach:	
4. Offensive Coordinator:	
5. Defensive Coordinator:	
6. Special Teams Coordinator:	

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

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 dem Ausscheiden aus den Auswahlmannschaften des AFCVNRW, ohne dass es eines Widerrufs bedarf.

Scheidet der Funktionsträger endgültig aus seiner Funktion im Kreis der AFCVNRW Auswahlmannschaften aus, so wird die Entbindung von der Schweigepflicht automatisch auf den neuen Funktionsinhaber übertragen, während die Entbindung von der Schweigepflicht für den bisherigen Funktionsträger automatisch als Widerruf gilt.

Ort, Datum

Unterschrift

.....

.....