



## Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

**Name, Vorname:**

**Geburtsdatum:**

**Straße:**

**PLZ/Ort:**

**Telefon:**

Hiermit befreie ich die InhaberInnen folgender Funktionen innerhalb der Auswahlmannschaften des AFCV NRW von der ärztlichen Schweigepflicht:

<b>Funktion</b>	<b>Derzeitige(r) FunktionsinhaberIn</b>
1. Verbandsärztin/Verbandsarzt	<b>Ulrich Grünwald</b>
2. Mannschaftsärztin/Mannschaftsarzt:	
3. PhysiotherapeutIn:	
4. PhysiotherapeutIn:	
5. PhysiotherapeutIn:	
6. Athletik-TrainerIn:	

Aufgrund ihrer Tätigkeit der Schweigepflicht unterliegen, gegenüber folgenden Funktionen:

<b>Funktion</b>	<b>Derzeitige(r) FunktionsinhaberIn</b>
1. SportdirektorIn AFCV NRW:	
2. TeammanagerIn:	
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.

Wenn 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 AFCV NRW, ohne dass es eines Widerrufs bedarf.

Scheidet der Funktionsträger endgültig aus seiner Funktion im Kreis der AFCV NRW 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 und Unterschrift