

# Einwilligungserklärung und Entbindung

LANDESSPORTBUND  
NORDRHEIN-WESTFALEN



## von der ärztlichen Schweigepflicht

Bitte hier den zuständigen Landesfachverband und die Sportart angeben:

\_\_\_\_\_

Ich,

\_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname),

geboren am \_\_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)

wohnhaft in \_\_\_\_\_ (Straße / Hausnummer)

\_\_\_\_\_ (PLZ / Ort)

\_\_\_\_\_ (Telefon)

(Bitte vollständig ausfüllen!)

mit der gültigen E-Mailadresse (**Hinweis: Bitte verwenden Sie keine „info@“-Adressen!**)

\_\_\_\_\_

***(bitte leserlich schreiben, wichtig für die Zusendung der Zugangsdaten zur DaLiD!)***

habe das beigefügte Informationsblatt zur Datenverarbeitung mit der DaLiD (Datenbank für Leistungssport) für Athleten/-innen und talentierte Nachwuchssportler/-innen zur Kenntnis genommen und bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass meine personenbezogenen und besonderen Arten personenbezogener Daten verarbeitet werden, soweit dies für die Zwecke der DaLiD erforderlich ist.

Ich entbinde den verantwortlichen Arzt der sportmedizinischen Untersuchungsstelle bzw. des sportmedizinischen Untersuchungszentrums sowie alle dort beschäftigten Personen, die der ärztlichen Schweigepflicht unterliegen, von ihrer Schweigepflicht hinsichtlich der Daten, die anlässlich meiner jährlichen sportmedizinischen Untersuchung erhoben werden. Diese Daten dürfen an den mir vom zuständigen Landesfachverband über die DaLiD zugeordnete/n Trainer/in weitergegeben werden, soweit dies zur Erfüllung seiner/ihrer Fürsorgepflicht erforderlich ist und an die für die Abrechnung zuständigen Mitarbeiter des Landessportbundes Nordrhein-Westfalen, soweit dies für Abrechnungszwecke erforderlich ist.

Diese Einwilligung kann jederzeit von mir bzw. meiner/meinem Sorgeberechtigten in schriftlicher Form widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift Athlet/-in, Nachwuchssportler/-in

Ort, Datum

Unterschrift des/der Sorgeberechtigten

(bei Minderjährigen)