

## Einwilligungserklärung und Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Boxverband Baden-Württemberg

Ich, \_\_\_\_\_ (Vor- und Nachname),  
geboren am \_\_\_\_\_ (tt.mm.jjjj)  
wohnhaft in \_\_\_\_\_ (Straße)  
\_\_\_\_\_ (PLZ / Ort)  
\_\_\_\_\_ (Telefon)

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

---

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

Ich bin bis auf Widerruf damit einverstanden, dass meine personenbezogenen und besonderen Arten personenbezogener Daten (§ 3 Abs. 9 BDSG) verarbeitet werden, soweit dies für die Zwecke der sportmedizinischen Untersuchungen erforderlich ist.

Ich entbinde den verantwortlichen Arzt der sportmedizinischen Untersuchungsstelle 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 und den leitenden Verbandsarzt des BVBW (aktuell Martin Jäger) weitergegeben werden, soweit dies zur Erfüllung seiner/ihrer Fürsorgepflicht erforderlich ist

Desweiteren entbinde ich den leitenden Verbandsarzt des BVBW (aktuell Dr. Martin Jäger) von der ärztlichen Schweigepflicht. Er darf die Daten an weiterbehandelnde Ärzte und an die mir zugeordneten Trainer im Heimatverein und im BVBW weiterleiten, soweit dies zur Erfüllung seiner Fürsorgepflicht erforderlich ist. Auch die weiterbehandelnden Ärzte entbinde ich von der Schweigepflicht, diese dürfen die Daten an den leitenden Verbandsarzt des BVBW weiterleiten.

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)