

Einverständniserklärung sportärztliche Untersuchung

Name:

Vorname:

Geb.datum:

Hiermit erteile ich mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung, zur Speicherung der erhobenen Daten bei meinem Sportfachverband und zur möglichen Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken.

Ich bin damit einverstanden, dass die Untersuchungsstelle "Institut für Sportmedizin im Klinikum Nürnberg" die Befunde und Ergebnisse in digitaler Form dem zuständigen Landestrainer beim Bayerischen Badminton-Verband, Lukas Gunzelmann, zur Dokumentation und Trainingssteuerung sendet.

Ort, Datum

Unterschrift Athlet/Athletin

Unterschrift eines Erziehungsberechtigten