



																		T	T	M	M	J	J	J	J										
Vorname																		Geburtsdatum tt/mm/jjj																	
Nachname																																			
Straße																																			
PLZ									Stadt																										

Erklärung des o.g. Teilnehmers / der Teilnehmerin

- Mir ist bekannt, dass bei einer Herzerkrankung ein bestimmtes Risiko für Zwischenfälle im Rahmen einer Übungsstunde besteht. Die qualifizierte Betreuung liegt in der Verantwortung de betreuenden Arztes und des Übungsleiters.
- Hiermit entbinde ich meine behandelnden Ärzte (nachfolgend benannt) von ihrer ärztlichen Schweigepflicht für den Austausch notwendiger Informationen mit den betreuenden Ärzten und Übungsleitern im Rahmen meiner Teilnahm am Rehabilitationssport.

Name/n der Ärzte: _____

- Es besteht ein zusätzlicher Versicherungsschutz für Unfälle im Zusammenhang mit der Sportausübung im Rahmen und Umfang des Sportversicherungsvertrages.
- Ich bin damit einverstanden, dass der Verein meine personenbezogenen Daten im Rahmen seiner satzungsgemäßen Aufgabenstellung zur Erfüllung eigener Vereinszwecke – unter Einhaltung des Bundesdatenschutzgesetzes – erhebt, verarbeitet und nutzt.

Münster, den

Unterschrift des Teilnehmers