



Institut für Prävention & Sportmedizin
Odershäuser Str. 55
34537 Bad Wildungen

Einverständniserklärung

Ich erteile mein Einverständnis zur sportärztlichen Untersuchung, zur Speicherung der erhobenen Daten bei IPUS und zur Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken. Bei der Nutzung zu wissenschaftlichen Zwecken sind meine Daten so zu verändern, dass kein Bezug zwischen ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personenbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die ärztlichen Mitarbeiter/-innen von IPUS.

Die Weitergabe meiner personenbezogenen Daten bedarf meiner schriftlichen Einwilligung.

Ich entbinde die untersuchenden Ärzte/-innen im Falle begründeter Verdachtsmomente zu möglichen Dopingvergehen von der Schweigepflicht gegenüber dem/der/Leiter/-in des Untersuchungszentrums und dem/der Anti-Doping-Beauftragen des zuständigen Fachverbandes.

Name, Vorname

Geburtsdatum

Bad Wildungen, _____

Unterschrift