

# SPIELERSTECKBRIEF



FUSSBALL KENNT

KEINE GRENZEN!

## PERSÖNLICHE DATEN

Vorname

Nachname

Geburtstag

Handy

Anschrift

Stunden Sport pro Woche

ausgeübte Sportarten

## Eltern / Erziehungsberechtigte / Vormundschaft / sonstige Kontaktperson

Vorname

Nachname

Handy

E-Mail

## GESUNDHEIT

Körpergröße

Körpergewicht

diagnostizierte Erkrankungen / Behinderungen

vermutete / nicht-diagnostizierte Erkrankungen / Behinderungen

Allergien / Unverträglichkeiten (auf Pollen, Medikamente, Pflaster, Nahrungsmittel, Tiere etc.)

regelmäßige Medikamenteneinnahme

Ja, und zwar \_\_\_\_\_

Nein

Asthma

Ja

Nein

letzten 3 Impftermine der Tetanus-Impfung \_\_\_\_\_

# SPIELERSTECKBRIEF



FUSSBALL KENNT

KEINE GRENZEN!

## KINDER- / HAUSARZT

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
ggf. E-Mail

## SONSTIGES

## VERANTWORTLICHE KONTAKTPERSON

Teamarzt **Dr. med. Stephan Gerling**  
Leiter Kinderkardiologie, Kinderklinik, Universitätsklinikum Regensburg  
[stephan.gerling@barmherzige-regensburg.de](mailto:stephan.gerling@barmherzige-regensburg.de)





# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

## IN DIE DATENÜBERMITTLUNG ZWISCHEN

## TEAMARZT, HAUSARZT & MITBEHANDELNDEN ÄRZTEN

FUSSBALL KENNT

KEINE GRENZEN!

Ich \_\_\_\_\_ [Name; bei Profis unter 18 Jahren die/der gesetzliche VertreterIn] erkläre mich damit einverstanden, dass der Teamarzt des Team Bananenflanke e.V., Dr. med. Stephan Gerling, die mich [/mein Kind/meiner mir anvertrauten Person] betreffenden Behandlungsdaten und Befunde an u.g. Hausarzt/Kinderarzt und mitbehandelnde Ärzte zum Zwecke der Dokumentation und Weiterbehandlung übermittelt (auch auf elektronischem Weg). Die Übermittlung der Behandlungsdaten und Befunde dient der Erstellung und Vervollständigung einer zentralen Dokumentation bei meinem Hausarzt und mitbehandelnden Ärzten.

Ja  Nein

Ferner bin ich damit einverstanden, dass der Teamarzt des Team Bananenflanke e.V., Dr. med. Stephan Gerling, die bei meinem Hausarzt und mitbehandelnden Ärzten vorliegenden Behandlungsdaten und Befunde, soweit diese für meine Untersuchung und Behandlung erforderlich sind, anfordern kann. Diese Anforderung ermöglicht es dem Teamarzt Dr. med. Stephan Gerling, die für eine aktuelle Behandlung erforderlichen Angaben aus der zentralen Dokumentation des Hausarztes und mitbehandelnder Ärzte zu erhalten. Der Teamarzt des Team Bananenflanke e.V., Dr. med. Stephan Gerling, wird die Daten jeweils nur zu dem Zweck verarbeiten, zu dem sie übermittelt worden sind.

Ja  Nein

Diese Einwilligungserklärung gilt für folgende Ärzte

Hausarzt/Kinderarzt  
(Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

mitbehandelnde/r Arzt/Ärzte  
(Name, Anschrift)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ich bin über den Umfang und den Inhalt dieser Einverständniserklärung bezüglich der Weitergabe meiner Patientendaten ausreichend aufgeklärt worden. Diese Erklärung erfolgt freiwillig. Ich kann sie jederzeit ganz oder teilweise widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenübermittlung zwischen dem Teamarzt des Team Bananenflanke e.V., Dr. med. Stephan Gerling, dem Hausarzt und weiteren mitbehandelnden Ärzten statt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Profis [ggf. gesetzliche/r VertreterIn]