

Leistungsdiagnostik, Behandlungsvertrag und Einwilligungserklärungen

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient, liebe Sportlerinnen und Sportler,

Sie sind von Ihrer Trainerin/Ihrem Trainer bzw. von den Verantwortlichen Ihres Kaders bzw. Ihres Sportvereins zum Zwecke der Leistungsdiagnostik und orthopädischen sowie kardiologischen Betreuung an die Sportklinik Frankfurt verwiesen worden oder Sie wünschen z.B. zur Gesundheitsvorsorge eine privatärztliche Behandlung durch die Ärzte, Physiotherapeuten und sonstiges Fachpersonal unseres Sportklinikbetriebes.

Wir möchten Ihnen eine optimale Behandlung zukommen lassen, einschließlich der Durchführung der hierzu notwendigen Untersuchungen und der damit verbundenen Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten (insbesondere der Behandlungs- und Gesundheitsdaten). In Kenntnis der anliegenden „Hinweise zur Datenverarbeitung durch Sportklinik Frankfurt“ bestätigen Sie (bzw. Ihre Erziehungsberechtigten) die nachstehenden Erklärungen und/oder erteilen Sie (bzw. Ihre Erziehungsberechtigten) Ihre Einwilligung durch Ankreuzen der jeweils zutreffenden Felder.

Name in Druckschrift: _____

- Hiermit bestätige ich, dass ich die Leistungsdiagnostik und orthopädische sowie kardiologische Behandlung durch die Ärzte, Physiotherapeuten und sonstiges Fachpersonal der Sportklinik Frankfurt in Anspruch nehmen möchte.

- Sofern erforderlich, willige ich ein, dass im Rahmen der Labordiagnostik eine Blutentnahme zur Erhebung wichtiger Blutparameter erfolgt (z.B. Untersuchung des Blutbildes, der Leberwerte, des Cholesterinstoffwechsels und der Nierenfunktion). Mir ist bekannt, dass diese Diagnostik nur durchgeführt wird, wenn keine medizinischen Gründe (wie z.B. eine Erkrankung der Blutgerinnung oder ein Immundefekt) gegen eine Blutentnahme sprechen und die Betroffene/der Betroffene selbst damit einverstanden sind.
- Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten (einschließlich der Behandlungs- und Gesundheitsdaten) an externe Labore übermittelt bzw. von diesen eingeholt werden dürfen.
- Ich willige ein, dass meine personenbezogenen Daten (einschließlich der Behandlungs- und Gesundheitsdaten) an mitbehandelnde Ärzte (Hausarzt/Facharzt) übermittelt bzw. von diesen eingeholt werden dürfen
- Ich willige ein in die anonymisierte Verwendung meiner Untersuchungsergebnisse (z.B. EKG-Untersuchungen, Herzultraschalluntersuchungen oder Belastungswerte der Ergometrie), erhoben durch die Sportklinik Frankfurt bzw. deren Rechtsvorgänger, das Sportmedizinische Institut SMI Frankfurt, zu Studienzwecken.

- Ich willige ein, dass an folgende Personen (z.B. Trainerinnen und Trainer) meine personenbezogenen Daten (einschließlich der Behandlungs- und Gesundheitsdaten) weitergegeben werden dürfen:

Name/Anschrift/Telefonnummer:

1. _____
2. _____
3. _____

Meine personenbezogenen Daten (einschließlich der Behandlungs- und Gesundheitsdaten) dürfen an mich bzw. an Dritte übermittelt werden:

- per (unverschlüsselter) E-Mail
- per Post
- per Fax
- per Telefon.

Mir ist bekannt, dass ich die vorstehenden Erklärungen und Einwilligungen jederzeit und ohne Angaben von Gründen ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Die "Hinweise zur Datenverarbeitung durch Sportklinik Frankfurt" (siehe Anlage) habe ich zur Kenntnis genommen.

_____, den _____

(Unterschrift der Patientin / des Patienten)

Bei Jugendlichen unter 18 Jahren:

_____, den _____

(Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)
in der Eigenschaft als Erziehungsberechtigte(r) von

[Vor- und Nachname der*s Patientin*en in Druckschrift]