



**Schweigepflichtsentbindung
zum Antrag auf Klassifizierung
für Para Sportschießen**

nach Teil 10 der Sportordnung (SpO) des Deutschen Schützenbundes e.V. (DSB)

Hiermit entbinde ich

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Verbandsnr: _____

den Klassifizierer / die Klassifiziererin des Rheinischen Schützenbundes e.V. 1872 (RSB)

Herrn / Frau: _____

von seiner/ihrer medizinischen Schweigepflicht, sofern die medizinischen Informationen nötig sind, um dem Schützen/der Schützin die Ausübung seines/ihrer Schießsportes zu ermöglichen.

Des Weiteren entbinde ich meinen behandelnden Arzt von seiner Schweigepflicht gegenüber dem/der o.a. Klassifizierer / Klassifiziererin des RSB und erkläre mich damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt die vom o.a. Klassifizierer / Klassifiziererin im Rahmen meiner Klassifizierung benötigten Auskünfte erteilt.

Ort, Datum

Unterschrift des Schützen/der Schützin

Ort, Datum

Unterschrift des Klassifizierers/der Klassifiziererin