

Verschwiegenheitserklärung

Der Praktikant / die Praktikantin

Name / Vorname

PLZ / Wohnort

Straße / Hausnummer

Telefon / Mobil

Geburtsdatum / Geburtsort

E-Mail

verpflichtet sich zu absoluter Verschwiegenheit über alle ihr/ihm in der Praxis bekannt gewordenen Umstände und Vorgänge. Hierzu zählen nicht nur Patientendaten, sondern alles, was ihr/ihm in Ausübung oder aus Anlass des Praktikums anvertraut oder bekannt geworden ist.

Diese Verschwiegenheitserklärung gilt auch für die Zeit nach Beendigung des Praktikums zeitlich unbefristet fort.

Die Verschwiegenheitserklärung gilt auch gegenüber den Eltern bzw. sonstigen Verwandten des Praktikanten.

Der Praktikant / die Praktikantin wurde umfassend über den Umfang und den Inhalt der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB unterrichtet und hat die Ausführungen vollumfänglich verstanden.

Ort / Datum

Unterschrift Praxisinhaber/in Stempel Praxis

Unterschrift Erziehungsberechtigte

Unterschrift Praktikant/in
