

Universität Leipzig · Medizinische Fakultät, Liebigstraße 27 b, 04103 Leipzig

## **Erklärung zur Schweigepflicht und zum Datenschutz für Studierende im Praktischen Jahr an der Universität Leipzig**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Hiermit erkläre ich, dass ich das Merkblatt zur ärztlichen Schweigepflicht (abrufbar unter <https://student.uniklinikum-leipzig.de/studium/files/HinweiseSchweigepflicht.pdf>) zur Kenntnis genommen habe.

Davon unabhängig erkläre ich weiterhin, dass ich mich für mein Praktisches Jahr zur Wahrung der Schweigepflicht und zur Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu allen Patienten- und Personendaten sowie sonstigen betriebsinternen Angelegenheiten, die mir zur Kenntnis gelangt sind, verpflichte.

Ich bin mir bewusst, dass mir bei einem Verstoß gegen diese Erklärung ggf. auch strafrechtliche Konsequenzen drohen.

Ort, Datum:

Unterschrift:



FORSCHEN, LEHREN, HEILEN – AUS TRADITION FÜR INNOVATION

Mitglieder des Dekanats:  
Professor Dr. Michael Stumvoll  
Vorsitzender/Dekan  
Professor Dr. Ingo Bechmann,  
Prodekan

Professor Dr. Jürgen Meixensberger,  
Studiendekan Humanmedizin  
Professor Dr. Holger Jakstat,  
Studiendekan Zahnmedizin

Referat Lehre:  
Telefon 0341 97-15923  
Telefax 0341 97-15929  
lehre@medizin.uni-leipzig.de  
www.uni-leipzig.de/medizin