



Einverständniserklärung zur Schweigepflicht

Bitte geben Sie folgendes an:

Nachname, Vorname (bitte in Druckbuchstaben)

Matrikelnummer

Angestrebter Studienabschluss: Humanmedizin Zahnmedizin Pharmazie

Als Student/in ist mir bekannt, dass ich gemäß § 203 Absatz 3 Strafgesetzbuch der ärztlichen Schweigepflicht unterliege. Alles was mir im Zusammenhang mit meiner Tätigkeit und Ausbildung diesbezüglich an schutzwürdigen Privatgeheimnissen bekannt wird, unterliegt dieser Schutzbestimmung. Den Aushang über Reichweite, Ausnahmen und die Schweigepflicht in besonderen Fällen im Referat Lehre bzw. das pdf-Dokument im Internet unter

<https://student.uniklinikum-leipzig.de/downloads/HinweiseSchweigepflicht.pdf>

habe ich gelesen.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ich für alle Schäden, die den Betroffenen, der Universität, dem/r ausbildenden Hochschullehrer/in oder den Mitarbeitern durch Zuwiderhandlungen entstehen, persönlich strafrechtlich und zivilrechtlich zu haften habe.

Ich versichere daher durch meine Unterschrift, dass ich über alle Erkenntnisse, die ich im Rahmen meines Studiums über den Gesundheitszustand und andere Privatgeheimnisse von Patienten (w/m) gewinne, Stillschweigen bewahren werde. Dies gilt insbesondere für Erkenntnisse aus Karteikarten (Krankenblätter) und bezüglich **aller** Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen.

Ich bestätige hiermit die „Einverständniserklärung zur Schweigepflicht“.

Leipzig, _____
Datum

Unterschrift

Bitte beachten und unterschreiben Sie zusätzlich die beigefügte „Einverständniserklärung zur Verarbeitung personenbezogener Daten“.