

### **Verschwiegenheitsverpflichtung** (Mitarbeiter und Kollegen)

Ich, \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_ wurde ausführlich über die gesetzlichen und berufsrechtlichen Vorgaben zur Schweigepflicht und zum Datenschutz informiert.

In Kenntnis der Rechtslage verpflichte ich mich über alle mir im Zusammenhang mit meiner Tätigkeit in der Praxis bekannt werdenden Sachverhalte, Umstände und Vorgänge, auch über die persönlichen Verhältnisse der Patienten Verschwiegenheit zu wahren.

Darüber hinaus verpflichte ich mich, niemand praxisfremdem Zugang gewähren, den mir ggf. anvertrauten Praxisschlüssel sorgfältig aufbewahren und auf Verlangen zurückgeben. Und den Code der Alarmanlage nicht weiter zu geben. Ich bin auf den besonderen Datenschutz im Bereich der Praxis hingewiesen worden, insbesondere auch bei Notfällen und Todesfällen.

Meine Verschwiegenheit endet nicht mit dem Ende meines Arbeitsverhältnisses. Die Pflicht zur Verschwiegenheit besteht auch meinen Familienangehörigen gegenüber.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass ein Missachten der Verschwiegenheitspflicht arbeitsrechtlich Grund zur fristlosen Kündigung, aber auch zu einem Strafverfahren sein kann.

Eine Zweitausfertigung meiner Erklärung habe ich erhalten.

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Mitarbeiter/in, Kollegen*

\_\_\_\_\_  
*Ort, Datum*

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift Dr. Marion Schmitman gen. Pothmann*