

# Verschwiegenheitserklärung Mitarbeiter

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Ich verpflichte mich zu absoluter Verschwiegenheit über alle mir in der Praxis bekannt gewordenen Umstände und Vorgänge, über die persönlichen Verhältnisse der Patienten und Praxismitarbeiter sowie Betriebsinterna. Schriftliche Mitteilungen der Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde unterliegen der Schweigepflicht.

Ich verpflichte mich, keinem Unberechtigten Zutritt zur Praxis zu verschaffen oder Zugang zu Praxisdaten zu gewähren.

Die mir bekannt gegebenen bzw. gewordenen Zugangsmöglichkeiten zu Praxis- bzw. Patientendaten (z. B. Passwörter) werde ich nicht an Dritte weitergegeben.

Personenbezogene Daten aus der Patientenkartei (Papierdokumentation und/oder EDV) werde ich unbefugt weder verarbeiten noch nutzen.

Mir ist bekannt, dass diese Pflicht zur Verschwiegenheit auch gegenüber meinen Familienangehörigen und über die Dauer meines Arbeitsverhältnisses hinaus besteht.

Ein Verstoß gegen meine Verschwiegenheitspflicht kann eine fristlose Kündigung rechtfertigen und ein Strafverfahren nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) „Verletzung von Privatgeheimnissen“ nach sich ziehen.

Eine Kopie dieser Erklärung habe ich erhalten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Firmenstempel