



Schweigepflichterklärung

Name _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____
Adresse, PLZ / Ort _____

Hiermit verpflichte ich mich, die Schweigepflicht im Rahmen meines Praktikums zu beachten.

Ich werde über alles, was ich im Kontakt mit Patienten an persönlichen Informationen erfahre, Stillschweigen gegenüber Dritten wahren. Des Weiteren gebe ich auch keine innerbetrieblichen Informationen oder Daten über die z-zerzuben ag und deren Mitarbeitende an Dritte weiter.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verletzung der Schweigepflicht strafbar ist und diese Verpflichtung auch nach Abschluss des Praktikums bestehen bleibt.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____

	Dienstag, 5. Mai 2020	Version	2.0
Erstellt durch	Wenger Romaine	Freigabe durch	Volken Karin
Gültig ab	01.01.2020	Gültig bis	Seite 1 von 1
Datei	I:\management\Personal\P\ P R A K T I K A N T E N M A N A G E M E N T \Schweigepflichterklärung_Praktikanten.docx		