

Erklärung zur Verschwiegenheit für Praktikanten/Praktikantinnen gem. § 13 Abs. 6 MAB-Gesetz

Titel/Vor- und Nachname:

Straße:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum: Geburtsort:

Staatsbürgerschaft:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Hiermit verpflichtet sich der/die Praktikant:in, die Verschwiegenheitspflicht im Rahmen meiner Ausbildung zur Ordinationsassistenz (praktischen Übungen) zu beachten.

Der/die Praktikant:in wird über alles, was im Kontakt mit den Patienten oder deren Angehörigen, sowie die des Arztes und der Mitarbeiter:innen an Dienstlichem oder Persönlichem erfährt, Stillschweigen gegenüber Dritten gemäß § 15 Datenschutzgesetz 2000 zu wahren.

Die Verschwiegenheitspflicht erstreckt sich auch auf automationsgestützt verarbeitete Daten und auf deren Übermittlung im Sinne des Datenschutzgesetzes 2000, BGBl. I 1999/165 in der jeweils gültigen Fassung.

Die Verschwiegenheitspflicht gilt auch nach meinem Ausscheiden aus dieser Tätigkeit.

Allfällige Nachteile, die aus einem Verstoß gegen die Verschwiegenheitspflicht dem/der Praxisinhaber:in erwachsen, sind von dem Praktikanten/der Praktikantin in voller Höhe zu ersetzen.

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift Praktikant:in

.....
Ort

.....
Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt