

AG Dysphagie München e.V.

Erklärung zur Schweigepflicht

Sitzung am: _____

Teilnehmer: _____ geb. am _____

tätig als: _____ in _____

Ich wurde vom Vorstand der AG Dysphagie München e.V. darüber belehrt, dass ich zu absoluter Verschwiegenheit über alle mir in der Sitzung bekannt werdenden Umstände und Vorgänge, auch über die persönlichen Verhältnisse der Patienten, verpflichtet bin. Ich weiß, dass meine Schweigepflicht sich auch darauf erstreckt, dass eine bestimmte Person in ärztlicher Behandlung ist oder war. Ich darf unbefugten Dritten keinen Zugang zu den Patientendaten verschaffen.

Meine Verschwiegenheitspflicht besteht nach Sitzungsende fort und gilt ebenso meinen Familienangehörigen gegenüber.

München, den _____

Unterschrift Teilnehmer

Vorstand der AG Dysphagie München e.V.