

## Verschwiegenheitserklärung

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsort, Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

verpflichtet sich, über alles, was ihr/ihm in der Praxis bekannt geworden ist, gegenüber Dritten, also auch gegenüber Familienangehörigen oder sonstigen nahestehenden Personen, Verschwiegenheit zu wahren. Die Pflicht zur Verschwiegenheit erstreckt sich insbesondere auf alle Patientendaten, alle sonstigen persönlichen Verhältnisse der Patienten, alle mit der Behandlung im Zusammenhang stehenden medizinischen Tatsachen sowie alle betrieblichen und geschäftlichen Belange.

Diese Verschwiegenheitserklärung besteht auf Dauer; sie gilt daher auch nach Beendigung der Tätigkeit in der Praxis zeitlich unbefristet fort.

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

Praxisstempel \_\_\_\_\_

Unterschrift Praxisinhaber/in \_\_\_\_\_

Unterschrift Beschäftigte/r \_\_\_\_\_

Bei Minderjährigen:

Unterschrift

Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_