



Der Praktikant / die Praktikantin

Name / Vorname

Geburtsdatum / Geburtsort

PLZ / Wohnort

Straße / Hausnummer

Telefon / Mobil

E-Mail

verpflichtet sich zur absoluter Verschwiegenheit über alle ihr / ihm in der Praxis bekannt gewordenen Umstände und Vorgänge. Hierzu zählen nicht nur Patientendaten sondern alles, was ihr / ihm in der Ausübung oder aus Anlass des Praktikums anvertraut oder bekannt geworden ist.

Diese Verschwiegenheitserklärung gilt auch für die Zeit nach Beendigung des Praktikums zeitlich unbefristet fort. Die Verschwiegenheitserklärung gilt auch gegenüber den Eltern bzw. sonstigen Verwandten des Praktikanten.

Der Praktikant / die Praktikantin wurde umfassend über den Umfang und den Inhalt der Schweigepflicht gemäß § 203 StGB unterrichtet und hat die Ausführungen vollumfänglich verstanden.

Ort / Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter

Unterschrift Praxisinhaber / in
Stempel Praxis

Unterschrift Praktikant

Änderung: 18.06.2019	Geprüft: 18.06.2019	Freigabe: 18.06.2019
von: Domke, Nadja	von: Domke, Nadja	von: Dr. Pavel, Eva