

Münster, den

Erklärung zur Schweigepflicht / Verschwiegenheitspflicht

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Hospitant/in

Ich bin heute vom Praxisinhaber Dr. Holger Spittank ausdrücklich darüber belehrt worden, über alle mir im Rahmen meiner Hospitation in der Praxis bekanntwerdenden Umstände und Vorgänge, alle persönlichen Verhältnisse der Patienten und Mitarbeiter sowie aller Betriebsinterna, Verschwiegenheit zu wahren.

Meine Verschwiegenheitspflicht endet nicht mit dem Ende meiner Hospitation. Sie besteht auch gegenüber meinen Familienangehörigen oder / und weiteren mir nahestehenden Personen. Ein Bruch der Verschwiegenheitspflicht kann Anlass für ein Strafverfahren sein.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich hierüber aufgeklärt worden zu sein und die Verschwiegenheitspflicht zu wahren.

Unterschrift Hospitant/in