

Name, Vorname, Struktureinheit

---

## **Belehrung**

### **über den Umfang der MitarbeiterIn betreffenden Verschwiegenheitspflicht sowie über die Rechtsfolgen bei Verletzung dieser Pflicht**

Ich bestätige hiermit, darüber informiert worden zu sein, dass ich als MitarbeiterIn der Universitätsmedizin, soweit ich von personenbezogenen Daten, insbesondere Patientengeheimnissen, Kenntnis erlange, zur Verschwiegenheit verpflichtet bin.

Unter Patientengeheimnisse fallen sämtliche den Patienten betreffenden Daten (*d.h. z.B., dass der Patient sich überhaupt zur Behandlung im Klinikum befindet, wer ihn begleitet hat, Angaben, die der Patient zu seiner Person, seiner Versicherung, seiner Erkrankung macht, Befundungen durch Ärzte usw.*); mit anderen Worten, all das, was der Patient Mitarbeitern des Klinikums anvertraut oder was diesen aus Anlass der Behandlung des Patienten bekannt wird. Danach gleichgestellt sind Kenntnisse, die ich aus wissenschaftlicher Tätigkeit und Forschungsarbeiten erhalte. Die o.g. Ausführungen beziehen sich auch auf Daten von Toten.

Mir ist bekannt, dass ich diese Daten nicht unbefugt Dritten offenbaren darf. Auf die im Fall einer Zuwiderhandlung eintretenden Rechtsfolgen - z.B. Strafbarkeit wegen Verletzung der Schweigepflicht nach § 203 StGB, Konsequenzen für die Fortsetzung der Tätigkeiten im Klinikum, persönliche Inanspruchnahme durch den Patienten auf Schadenersatz und Schmerzensgeld - bin ich hingewiesen worden.

Auch die unbefugte Speicherung, Veränderung, Verschaffung sowie insbesondere die Übermittlung personenbezogener Daten ist nach dem Datenschutzgesetz mit Strafe bewertet.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass der ordnungsgemäße Umgang mit personenbezogenen Daten zu meinen Pflichten gehört und die Verletzung dieser Pflichten zu Konsequenzen führen kann.

Eine Mehrausfertigung dieser Belehrung habe ich erhalten.

Magdeburg, \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

---