

Bitte in Druckschrift ausfüllen!

Name, Vorname:

Geburtsdatum und -ort:

Heimatuniversität: Matrikelnummer:

aktuelle Telefonnummer: E-Mail:

aktuelle Anschrift:

VERSICHERUNG ZUR SCHWEIGEPFLICHT

Als Student der Medizin am Universitätsklinikum Jena ist mir bewusst, dass derjenige, der sich in ärztliche Behandlung begibt, erwarten darf und muss, dass alles, was der Arzt im Rahmen seiner Berufsausübung über die gesundheitliche und psychische Verfassung sowie über die zum persönlichen Lebensbereich des Patienten gehörenden Informationen erfährt, geheim bleibt und nicht zur Kenntnis Unbefugter gelangt.

Nur so kann zwischen Patient und Arzt jenes Vertrauen entstehen, das zu den Grundvoraussetzungen ärztlichen Wirkens zählt, weil es die Chancen der Heilung vergrößert und damit - im Ganzen gesehen - der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge dient.

Ich versichere daher, dass ich im Zuge meiner klinischen Ausbildung über alle persönlichen Informationen, die ich im Rahmen meiner Ausbildungstätigkeit von Patienten gewinne, Stillschweigen bewahren werde. Dies gilt insbesondere für Erkenntnisse aus Patientenakten - unabhängig von ihrer Speicherform - und bezüglich **a l l e r** Angaben über Anamnese, Diagnose und therapeutische Maßnahmen und persönlichen Information des Patienten.

Eine Verletzung der Schweigepflicht kann strafrechtlich sowie standesrechtlich sanktioniert werden, es kann rechtliche Auswirkungen auf die Anerkennung der Approbation nach sich ziehen.

Jena, den
.....
(eigenhändige Unterschrift)

Arbeitsmedizinische Pflichtvorsorge

Ich bin darüber informiert, dass ich vor Beginn des Praktischen Jahres (PJ) eine PJ-Vorsorgeuntersuchung beim Arbeitsmedizinischen Dienst meiner Heimatuniversität wahrnehmen muss. Ohne die jeweils gültige Untersuchung kann ich das Praktische Jahr/Teile des PJ nicht antreten.

Jena, den
.....
(eigenhändige Unterschrift)