



**N a m e, Vorname**  
(Bitte in Druckschrift ausfüllen!)

**Matrikelnummer**

Studiengang (Fach und angestrebter Abschluss): .....

Geburtsdatum und -ort: .....

E-Mail-Anschrift: .....

## **VERSICHERUNG ZUR SCHWEIGEPFLICHT**

Als Student 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 der Aufrechterhaltung einer leistungsfähigen Gesundheitsfürsorge dient.

Ich versichere daher, dass ich im Zuge meiner Ausbildung an der Medizinischen Fakultät über alle persönlichen Informationen über Patienten 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, therapeutische Maßnahmen und persönliche Informationen des Patienten

**Mir ist bewusst, dass eine Verletzung der Schweigepflicht sowohl strafrechtlich als auch standesrechtlich sanktioniert werden kann.**

Jena, den .....

.....  
(eigenhändige Unterschrift)