

An alle
Studierenden der
Medizin und
Studierenden der Zahnmedizin

Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006)

§ 9 Schweigepflicht

(1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist - auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus - zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.

(3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

Bitte bestätigen Sie - bei der Immatrikulation - per Mouseclick, dass Sie dieses Schreiben zur Kenntnis genommen haben.

Sie sind schon immatrikuliert, haben die Bestätigung zur Schweigepflicht aber **noch nicht abgegeben**? Dann füllen Sie diese bitte aus und senden sie zurück.

Bestätigung der Kenntnisnahme von Vorschriften zur ärztlichen Schweigepflicht

BESTÄTIGUNG

- Ich bin davon in Kenntnis gesetzt worden, dass ich als Medizinstudent/in der ärztlichen Schweigepflicht unterliege. Ich bin zum Stillschweigen über alles verpflichtet, was mir im Medizinstudium an persönlichen und sachlichen Verhältnissen, besonders denen der Patienten, bekannt wird. Von den Bestimmungen aus der Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte habe ich Kenntnis genommen.
-

Name, Vorname (Druckbuchstaben)

Studienfach

Matrikelnummer

Ort, Datum, Unterschrift

Bitte senden Sie diese Bestätigung unterschrieben entweder per Post an uns zurück oder geben Sie sie persönlich bei uns ab (Universitätsmedizin Göttingen, Studiendekanat, Frau Dawe / Frau Roselieb, Humboldtallee 23, 37073 Göttingen, Raum 1.102). Sollte uns die unterschriebene Bestätigung im Original nicht vorliegen, werden Sie bei der Einteilung in die Praktika nicht berücksichtigt.