

ASTa der HHU

Medizinische Flüchtlingshilfe Düsseldorf

FS Medizin

Universitätsstraße 1 | Gebäude 16.61 O.A.S.E.
D-40225 Düsseldorf



Schweigepflichterklärung

Frau/Herr: _____ geb: _____

Anschrift: _____

Telefon/Mail: _____

Hiermit verpflichte ich mich, die Schweigepflicht im Rahmen meiner freiwilligen Mitarbeit zu beachten.

Ich werde über alles, was ich im Kontakt mit den von mir Besuchten, ihren Angehörigen und Freunden, sowie über Einrichtungen und Mitarbeiter/innen an persönlichen Informationen erfahre, Stillschweigen gegenüber Dritten wahren.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verletzung der Schweigepflicht u.U. strafbar ist.

Diese Verpflichtung gilt auch über mein Ausscheiden aus der Tätigkeit bei der „Medizinischen Flüchtlingshilfe“ hinaus.

Ort, Datum

Unterschrift freiwillige/r
Mitarbeiter/in

Ort, Datum

Unterschrift
Freiwilligenkoordinator/in