

Praxisstempel:

ARZTGEHEIMNIS – Schweigepflicht

Ich,
bestätige hiermit, dass ich über das Arztgeheimnis im Rahmen der
Schweigepflicht informiert und über den Umgang mit Patientendaten
aufgeklärt worden bin.

Ort: Datum:

Unterschrift der/des Studierenden