

SCHWEIGEPFLICHTERKLÄRUNG

Mir ist bekannt, dass ich aufgrund meiner Tätigkeit in der Apotheke mit vertraulichen personenbezogenen und besonderen Arten personenbezogener Daten von Patienten und Kollegen sowie betriebssensiblen Daten umgehe.

Die unbefugte Erhebung, auch als Bild-, Ton und anderweitige Aufzeichnungen, die Verarbeitung, Nutzung oder Weitergabe dieser Daten zu anderen als beruflich notwendigen Zwecken sind mir untersagt. Das gilt auch für die nicht unmittelbar durch die berufliche Tätigkeit bedingte Entfernung von Daten, Gegenständen und Unterlagen jeglicher Art.

Ich verpflichte mich zur Geheimhaltung über alles Interne, was mir während meiner Tätigkeit in der Apotheke als vertraulich bezeichnet wird, und über alles, was mir durch meine Tätigkeit in der Apotheke über die Apotheke selbst, ihre Geschäftspartner, Lieferanten und Patienten zur Kenntnis kommt, sofern dies nicht ohnehin öffentlich zugänglich oder bereits öffentlich bekannt ist.

Diese Verpflichtung besteht auch nach Beendigung meiner Tätigkeit in der Apotheke fort.

Über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen einschließlich der Strafvorschriften und über das Apothekergeheimnis bin ich vor Unterzeichnung der vorstehenden Schweigepflichterklärung umfassend informiert worden.

Ort, Datum

Name des Mitarbeiters

Unterschrift des Mitarbeiters (Famulus)