

**VERPFLICHTUNGS- BZW. DATENSCHUTZERKLÄRUNG
FÜR STUDIERENDE AN DER MEDIZINISCHEN UNIVERSITÄT GRAZ
INKL. KLINISCH-PRAKTISCHES JAHR (KPJ)**

Familienname: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Matrikelnummer: _____

Werte Studierende!

Im Zuge Ihrer Aus- bzw. Weiterbildung an der Medizinischen Universität Graz sowie an Lehrkrankenhäusern der Medizinischen Universität Graz gemäß § 35 Universitätsgesetz werden Sie Kenntnis von Daten erhalten, die einzelnen Personen oder Personengruppen zugeordnet werden können. Diese Vorgehensweise ist notwendig, um Sie auf die weitere berufliche Tätigkeit vorzubereiten und erfordert Ihrerseits - zum Schutz der Privatsphäre der Betroffenen - die strikte Geheimhaltung all dieser Daten. Die Verwendung von personenbezogenen Daten ist in der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) geregelt, die für Personen, die in der Gesundheitsversorgung tätig sind, eine Geheimhaltungsverpflichtung vorschreibt.

VERPFLICHTUNGSERKLÄRUNG

Hiermit verpflichte ich mich:

- sämtliche personenbezogenen Daten über die MitarbeiterInnen, PatientInnen, StudentInnen oder sonstige Angehörige der Medizinischen Universität Graz (bzw. der mit der Medizinischen Universität Graz in einem Vertragsverhältnis stehenden Krankenanstaltenträger), welche mir aufgrund meiner Aus- und Weiterbildung zugänglich, anvertraut oder sonst bekannt wurden, gegenüber Dritten geheim zu halten. Ich werde die Daten Dritten weder mitteilen, noch zukommen lassen oder eine Kenntnisnahme ermöglichen.
- die personenbezogenen Daten ausschließlich zum Zweck der Aus- und Weiterbildung zu verwenden. Mir ist bekannt, dass jede über diesen Zweck hinausgehende Verwendung von personenbezogenen Daten verboten ist.
- die von der Medizinischen Universität Graz und/oder den Krankenanstaltenträgern (KAGes, bzw. weiteren Lehrkrankenhäusern im Rahmen des Studiums) zur Verfügung gestellten Informationssysteme sowie die dafür eingeräumten Zugriffsrechte nur für Ausbildungszwecke zu nutzen. Eine Nutzung für andere, insbesondere private Zwecke oder eine Weitergabe von Zugangsinformationen an Dritte ist untersagt.

Diese Geheimhaltungsverpflichtung ist zeitlich unbegrenzt gültig und besteht auch nach der Beendigung meines Studiums inkl. des klinisch-praktischen Jahres und/oder dem Ausscheiden aus der Medizinischen Universität Graz.

Graz, am _____

Unterschrift _____

Mit meiner Zustimmung sind in der Praxis eine Reihe von Sorgfaltspflichten verknüpft, d.h.:

- Benutzernamen und Passwörter sind geheim zu halten; bei Verlust oder Kenntniserlangung durch Dritte ist unverzüglich die Medizinische Universität Graz über die IT-Serviceline zu verständigen.
- Elektronische Kopien von personenbezogenen Daten dürfen nur in anonymisierter oder pseudonymisierter Form erstellt werden.
- Ausdrücke von personenbezogenen Daten dürfen nicht aus dem unmittelbaren Verwendungsbereich gebracht werden und müssen vor unbefugtem Zugriff geschützt (versperrt) aufbewahrt werden. Insbesondere ist das Mitnehmen nach Hause untersagt. Die Entsorgung der Ausdrücke darf nur in speziell dafür gekennzeichneten Datenschutzbehältern erfolgen.

Mir ist bekannt und bewusst, dass

- jeder Zugriff auf medizinische Informations- und Dokumentationssysteme entsprechend den Zugriffsberechtigungen personenbezogen protokolliert wird,
- bei Verstoß gegen die obige Geheimhaltungsverpflichtung die Auflösung des Ausbildungsverhältnisses sowie der Ausschluss vom Studium drohen,
- Verstöße gegen das Datengeheimnis zudem mit einer Verwaltungsstrafe geahndet werden können und nach zivilrechtlichen Grundsätzen zu einer Schadenersatzpflicht führen können,
- vor der Verwendung von Daten zu Forschungszwecken die Genehmigung der zuständigen Ethikkommission erforderlich ist,
- auf meine Tätigkeiten im Rahmen des Studiums nicht nur die Bestimmungen der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), sondern auch die jeweiligen landesgesetzlichen sowie die krankenanstalts- und ärztrechtlichen (Verschwiegenheitspflicht gemäß § 54 Abs 1 Ärztegesetz - ÄrzteG) Bestimmungen über die Verschwiegenheitspflicht anzuwenden sind.

Graz, am _____

Unterschrift _____