



NFM – Mitfahrerinformation

Hospitationen auf den Notarzteinsatzfahrzeugen Standort „Universitätsmedizin Mainz“

- Erklärung -

Mir ist bekannt, dass bezüglich meiner Hospitation bzw. meinen Mitfahrten auf den Notarzteinsatzfahrzeugen kein Unfallversicherungsschutz und kein Haftpflichtversicherungsschutz über die Universitätsmedizin Mainz besteht.

Hiermit bestätige ich, dass vor Einsatzbeginn ein entsprechender Versicherungsschutz (privat oder über meinen Arbeitgeber) vorhanden ist. Mir ist bekannt, dass eine Haftung der Universitätsmedizin Mainz – gleich aus welchem Rechtsgrund – ausgeschlossen ist.

Gegenüber Sachschäden, die durch mich der Universitätsmedizin Mainz, dem DRK oder dem ASB im Rahmen meiner Teilnahme entstehen, bin ich versichert.

Ich bin verpflichtet, über alle Informationen, die mir im Rahmen meiner Tätigkeit über Patienten oder innerbetriebliche Vorgänge bekannt werden, absolutes Stillschweigen zu bewahren. Dies gilt auch über den Zeitraum meiner Tätigkeit hinaus. Zudem unterliege ich uneingeschränkt der ärztlichen Schweigepflicht. Verletzungen dieser Verschwiegenheitsverpflichtung können eine Strafbarkeit nach § 203 StGB begründen.

Ich habe die allgemeinen Informationen erhalten, gelesen und diesbezüglich keine weiteren Fragen.

Diese Erklärung ist bis auf Widerruf gültig.

Mainz, den _____

Vorname + Nachname

Unterschrift