

**Studientitel:**

**Prüfzentrum:**

### **Verpflichtungserklärung für den Umgang mit Patientendaten**

Ich verpflichte mich, Patientendaten, zu denen ich im Rahmen meiner Diplomarbeit Zugang erhalte, geheim zu halten, sofern und insoweit keine anderslautende schriftliche Zustimmung der Patientin oder des Patienten vorliegt.

Die Daten werden ausschließlich anonymisiert in meiner Diplomarbeit wiedergegeben.

.....  
Datum und Unterschrift

*Hinweis: Bitte führen Sie Ihren Namen zusätzlich in Blockschrift an.*