



## SCHWEIGEPFLICHTSERKLÄRUNG VON DOKI'S ADVICE e.V.

Ich bin heute vom Verein Doki's Advice e.V. über den Umfang meiner Verschwiegenheitspflicht belehrt worden. Mir sind die anhängend abgedruckten Bestimmungen bekannt gegeben worden. Es wurde mir erläutert, dass ein Verstoß gegen das ärztliche Berufsgeheimnis nicht nur eine Berufspflichtverletzung darstellt, sondern auch eine strafrechtliche Verantwortlichkeit begründet.

Mir ist bekannt, dass

1. sich meine Schweigepflicht auf alles, was mir in Ausübung oder aus Anlass meiner Tätigkeit anvertraut oder bekannt geworden ist, erstreckt;
2. sich die Verschwiegenheitspflicht auch auf schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über den Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde bezieht;
3. sich meine Verschwiegenheitspflicht auch erstreckt auf die internen Praxisverhältnisse sowie die mir bei meiner Tätigkeit bekannt werdenden persönlichen, wirtschaftlichen und steuerlichen Verhältnisse des Arztes und der anderen Mitarbeiter;
4. die Verschwiegenheitspflicht gegenüber jedermann besteht, so auch gegenüber:
  - o • meinen Familienangehörigen,
  - o • Familienangehörigen des Patienten,
  - o • Anderen Ärzten,
  - o • Arbeitskollegen, soweit eine Mitteilung nicht aus dienstlichen Gründen erfolgt,
  - o • demjenigen, der von der betreffenden Tatsache bereits Kenntnis erlangt hat;
5. meine Verschwiegenheitspflicht auch nach dem Tod des Patienten fortbesteht;
6. meine Verschwiegenheitspflicht auch nach Beendigung meines Beschäftigungsverhältnisses fortbesteht.

Über die gesetzlichen Bestimmungen zum Zeugnisverweigerungsrecht bin ich belehrt worden. Ich werde bei Gerichten und Behörden über Tatsachen, die mir bei meiner Tätigkeit bekannt werden, ohne vorherige Genehmigung des Arztes nicht aussagen oder sonst Auskunft erteilen.

Ein Exemplar dieser Erklärung ist mir ausgehändigt worden.

\_\_\_\_\_ *Unterschrift/Datum*

\_\_\_\_\_ *Name in Druckbuchstaben*

\_\_\_\_\_ *Funktion*

Bestätigt: \_\_\_\_\_

**Doki's Advice e.V.**  
Postfach 4  
64398 Groß Bieberau

### Kontakdaten

Fon +49 176 312 491 88  
Fax 06166 2660 831  
mail@dokis-advice.com  
www.dokis-advice.com

### Gründungsmitglieder

Daniel Ogutu MD  
(1. Vorsitzende)  
Tugba Ogutu  
(2. Vorsitzende)

Dr. med. Timothy Ogutu  
Ami Dotse-Ogutu MD  
Dr. med. Harun Njago  
Gerald Olola MD  
Rosemary Ngoti MD

### Bankverbindung

Doki's Advice e.V.  
Apotheker- & Ärztebank  
Filiale Mainz  
Konto: 0028 7693 72  
BLZ: 300 606 01  
BIC: DAAEDEDXXX  
IBAN: DE44 3006 0601  
0028 7693 72



## Confidentiality and Non-Disclosure Agreement

Security and confidentiality are matters of concern for all persons who have access to Doki's Advice e.V. confidential patient information and confidential information about the business and financial interests of "Doki's Advice e.V" (referred to as "Confidential Information" in this Agreement). Each person accessing Doki's Advice Confidential Information holds a position of trust relative to this information and must recognize the responsibilities entrusted in preserving the security and confidentiality of this information. Therefore, all persons who are authorized to access Confidential Information must read and comply with all the Policies.

As a condition to receiving access to information, I, the undersigned, agree to comply with the following terms:

1. I will not at any time during or after my affiliation with Doki's Advice disclose Confidential Information to which I have or had access in any form (i.e., electronic media, paper, microfilm, verbal etc.) to any unauthorized individuals.
2. My computer log-in is equivalent to my LEGAL SIGNATURE and I will not share or disclose this code to anyone or allow anyone to access any application using my log-in.
3. I will not access any medical record I am not legally authorized to, including but not limited to the medical record of any family member or co-worker.
4. I will utilize and access only the minimum amount of information necessary for performance of my job.
5. I will not access or request data on patients for whom I have no clinical/professional relationship and/or legitimate Doki's purpose. If I have reason to believe that the confidentiality of my user log-in has been compromised, I will immediately ensure that the password is changed by the approved procedure for password name change.
6. I will respect the confidentiality of any reports and handle, store and dispose of these reports appropriately.
7. I will utilize the Privacy Curtain or suspend access when leaving a workstation to prevent unauthorized access.
8. I will not install or operate any non-licensed software on any of Doki's computer.
9. I will comply with all policies and procedures and other rules relating to confidentiality of information and log-ins.
10. I understand it is against Doki's policy to electronically communicate clinical information to patients or others outside of the Doki's network.
11. I am responsible for all e-mail messages generated from my e-mail account.
12. I understand that the use of e-mail is for business purposes, however limited personal use is acceptable.
13. I understand that the e-mail administrator may monitor my e-mail if non-compliance with the electronic messaging policies is suspected.

I understand that Confidential Information is protected in every form, such as written records and correspondence, oral communications, and electronic information systems and acknowledge my responsibility in preserving its confidentiality. I understand there are disciplinary procedures in place for handling breaches of confidentiality. I have read and understand the above Confidentiality and Non-Disclosure Agreement. I understand that my use of Doki's information will be monitored to ensure compliance with this agreement. I further understand that if I violate any of the above terms, I may be subject to disciplinary action, including but not limited to discharge, loss of privileges to access information, termination of contract or any other remedy available to Doki's advice e.v. including criminal liability by the acts of criminal law.

By signing this, I agree that I have read, understand and will comply with this Agreement.

\_\_\_\_\_ *Signature /Date*

\_\_\_\_\_ *Printed Name*

\_\_\_\_\_ *Job Title*

Witness: \_\_\_\_\_

**Doki's Advice e.V.**  
Postfach 4  
64398 Groß Bieberau

### Kontakdaten

Fon +49 176 312 491 88  
Fax 06166 2660 831  
mail@dokis-advice.com  
www.dokis-advice.com

### Gründungsmitglieder

Daniel Ogutu MD  
(1. Vorsitzende)  
Tugba Ogutu  
(2. Vorsitzende)

Dr. med. Timothy Ogutu  
Ami Dotse-Ogutu MD  
Dr. med. Harun Njago  
Gerald Olola MD  
Rosemary Ngoti MD

### Bankverbindung

Doki's Advice e.V.  
Apotheker- & Ärztebank  
Filiale Mainz  
Konto: 0028 7693 72  
BLZ: 300 606 01  
BIC: DAAEDEDXXX  
IBAN: DE44 3006 0601  
0028 7693 72