Association of International Medical Students
University of Cologne
Joseph-Stelzmann-Str. 20 (Gebäude 42)
Raum EG.006
D - 50931 Köln

Verpflichtungserklärung auf Schweigepflicht für Dolmetscher/In

Mir _____ ist bekannt, dass

sich meine Schweigepflicht auf alles, was mir in Ausübung oder aus Anlass meiner Tätigkeit anvertraut oder bekannt geworden ist, erstreckt.

Für die Ausübung meiner Dometschertätigkeit habe ich mir das mündliche Einverständnis des Patienten/der Patientin eingeholt.

Weiterhin ist mir ist bekannt, dass meine Verschwiegenheitspflicht auch nach Beendigung meines Einsatzes fortbesteht.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift

— —

Bestätigung der Dolmetschertätigkeit

Name Dolmetscher/In : _____

Sprache : _____

Name der medizinischen Einrichtung : _____

Name Patient/In : _____

Unterschrift Patient/In : _____

Name Begleiter/In; **Verein/ AG** : _____

Unterschrift Dolmetscher/In : _____

IBAN: _____