**Mitteilung an neu eintretende Angestellte, Hospitanten und unbesoldete Mitarbeitende**

Guten Tag Frau/Herr …………………………………………………………………………

Es liegt uns daran, Sie auf einige besondere Erfordernisse im Zusammenhang mit Ihrer Tätigkeit bei uns hinzuweisen.

**Schweigepflicht**

Alle Mitarbeitenden sind den Patienten/Klienten gegenüber zur Diskretion verpflichtet. Ihre Informationen an Patienten/Klienten beschränken sich auf die im Behandlungsteam vereinbarten Sprachregelungen. Unberechtigten Personen dürfen keinerlei Informationen über Patienten mitgeteilt oder zugänglich gemacht werden. Unberechtigte Personen sind Mitarbeitende, die nicht an der Behandlung und Betreuung des betreffenden Patienten/Klienten beteiligt sind sowie alle Personen ausserhalb unserer Institution/Praxis. Auch Angehörigen und Bekannten der Patienten dürfen Mitarbeitende ohne Einverständnis des betreffenden Patienten keine Auskünfte erteilen.

Das Fotografieren oder Filmen ist untersagt. Ebenso unterliegen schriftliche wie mündliche Praktikums- oder Diplomarbeiten, die aufgrund einer Tätigkeit bei uns entstanden sind, dieser Schweigepflicht und sind daher zu anonymisieren. Diese Verpflichtung zur Verschwiegenheit bleibt auch nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses bestehen.

**Datenschutz**

Alle Mitarbeitenden dürfen nur auf die Daten zugreifen (lesen, drucken, kopieren, schreiben), die sie für die Ausübung ihrer Aufgaben benötigen.

**Kontakte und Beziehungen zu Patienten**

Die Privatsphäre der Patienten wird soweit als möglich respektiert und die notwendige Distanz – die Grundlage der therapeutischen Haltung und pflegerischen Beziehung zu den Patienten – gewahrt.

**Auftreten und Verhalten**

Bitte beachten Sie, dass Ihr Auftreten und Verhalten auf Patienten, Angehörige, Besuchende und Mitarbeitende Einfluss hat. Deshalb erwarten wir von allen Mitarbeitenden saubere, gepflegte Kleidung sowie korrekte Umgangsformen.

**Unfallversicherung**

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Sie verpflichtet sind, sich gegen Berufs- und Nichtberufsunfall zu versichern. Die Haftpflichtversicherung unserer Klinik tritt nur in Kraft bei Vorkommnissen während Ihrer Tätigkeit mit Patientinnen oder Patienten.

Wir freuen uns auf Ihre Mitarbeit und wünschen Ihnen viel Erfolg.

Der / die Unterzeichnete erklärt, von der Mitteilung an neueintretende Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Kenntnis genommen zu haben, und erklärt sich mit dessen Inhalt einverstanden:

Name, Vorname \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_