

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  LKH[ ]  CDK[ ]  St. Veit[ ]  Tamsweg |  |

Datenerhebungsblatt für ....

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

[ ]  Ferialaushilfskräfte

*(Entgelt - Antrag über Recruiting vorab)*

[ ]  Praktika mit Entgelt

*(Antrag über Recruiting vorab)*

[ ]  KPJ - Klinisch-Praktisches-Jahr

*(Entgelt - Antrag über Koordination* *kpj@salk.at* *vorab)*

[ ]  Pflichtpraktika/zur Berufsorientierung *(kein Entgelt, auf Grund von schul- oder studienrechtlichen Vorschriften)*

[ ]  Volontär-Praktikant*I*nnen *(kein Entgelt)*

[ ]  Famulatur *(kein Entgelt)*

[ ]  Sonstige Personen ohne Dienstbeziehung:

[ ]  Schnuppertag

[ ]  Personen extern *(kein Entgelt)*

[ ]  PMU-Student*I*nnen *(kein Entgelt)*

an den Gemeinnützigen Salzburger Landeskliniken Betriebsgesellschaft mbH (SALK).

* Wir bitten, den Vordruck vollständig, genau, gut leserlich und wahrheitsgetreu auszufüllen!
* Beachten Sie bitte auch, dass dem Datenerhebungsblatt je nach Praktikumsart auch weitere Unterlagen (Lebenslauf, Immunstatus, etc.) beizulegen sind!
* Wir verpflichten uns dieses Formular vertraulich zu behandeln.

|  |  |
| --- | --- |
| **Familienname(n)** | **Geburtsname/Geborene/r** |
| **Vorname(n)** | **Akad. Grad./Titel** |
| **Hauptwohnsitz** (Straße, PLZ, Ort)      | **Wohnsitz während der Tätigkeit** (Straße, PLZ, Ort)      |
| **Geboren am** | **Geburtsort & Geburtsland** |
| **Staatsbürgerschaft** | **Telefonnummer privat & EMail** |
| **Sozialversicherungsnummer** (eigene, nicht die der Eltern! Falls nicht bekannt, Auskunft erteilt der zuständige Sozialversicherungsträger!) |
| **Derzeit beschäftigt bei/als** (Zutreffendes bitte ankreuzen)[ ]  SALK[ ]  Fremdfirma (z.B. Securex, Siemens)      [ ]  Schüler/in[ ]  Student/in; **Fachrichtung**:       |

|  |  |
| --- | --- |
| Dienststelle in den SALK / Kostenstelle      | **Tätigkeit (Berufsgruppe)** |
| **Beschäftigungszeitraum** **Von:**  | **ZWINGEND!!! (jede Änderung ist dem Managementbereich Personal** **bekannt zu geben)****Bis:**  |
| Vorstrafen[ ]  Ich erkläre eidesstattlich, dass in meinem Strafregister keine Verurteilungen aufscheinen. |

**Bankverbindung** *(für Personen, die für ihre Tätigkeit ein Entgelt (auch Taschengeld) erhalten)*

|  |
| --- |
| **Kontoinhaber** |
| **IBAN** | **BIC** |  |

Die wahrheitsgetreue Beantwortung dieser Fragen bestätige ich mit meiner eigenhändigen Unterschrift. Es ist mir bekannt, dass unwahre Angaben zur vorzeitigen Beendigung des Vertragsverhältnisses führen können.

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

Unterschrift/Stempel des Abteilungsleiters/Institutsvorstandes/Managementleitung:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Verschwiegenheitserklärung für

Vor- und Zuname:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nach § 34 Salzburger Krankenanstaltengesetz (SKAG) besteht für die bei Trägern von Krankenanstalten und in Krankenanstalten beschäftigten und beschäftigt gewesenen Personen Verschwiegenheitspflicht, soweit ihnen nicht schon nach anderen gesetzlichen oder dienstrechtlichen Vorschriften eine solche Verschwiegenheitspflicht auferlegt ist. Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit erstreckt sich auf alle die Krankheit betreffenden Umstände sowie auf die persönlichen, wirtschaftlichen und sonstigen Verhältnisse der Patienten, die den zur Verschwiegenheit verpflichteten Personen in Ausübung ihres Berufes bekannt geworden sind, bei Eingriffen, die der Entnahme von Organen oder Organteilen Verstorbener zum Zweck der Transplantation dienen, auch auf die Person des Spenders und des Empfängers. Die Verschwiegenheitspflicht besteht nicht, wenn die Offenbarung des Geheimnisses nach Art und Inhalt durch ein öffentliches Interesse, insbesondere durch Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege oder der Rechtspflege, gerechtfertigt ist.

Ich verpflichte mich, die Verschwiegenheitspflicht nach dem SKAG, das Datengeheimnis gemäß den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes (DSG 2000) in der jeweils geltenden Fassung sowie die innerorganisatorischen Datenschutz- und Datensicherheitsvorschriften einzuhalten. Automationsunterstützt oder konventionell verarbeitete Daten habe ich geheim zu halten und darf ich nur im Rahmen der mir übertragenen Aufgaben verwenden.

Insbesondere die im Orbis-Krankenhausinformationssystem und im Digitalen Krankengeschichtsarchiv enthaltenen Patientendaten bedürfen eines hohen Schutzes. Ich nehme daher zur Kenntnis, dass ein Zugriff auf diese Daten, sofern der Zugriff nicht von den mir übertragenen Aufgaben gedeckt ist, auch ohne Weitergabe dieser Daten an Dritte untersagt ist und Konsequenzen zur Folge hat. Mir ist bewusst, dass Auswertungen über diese Zugriffe im Hinblick auf eine missbräuchliche Nutzung von Zugriffsberechtigungen vorgenommen werden können.

Insbesondere habe ich hinsichtlich der dem Datenschutz unterliegenden Daten zu beachten:

* Derartige Daten darf ich nicht unbefugt beschaffen.
* Derartige Daten darf ich weder unbefugten Personen / unzuständigen Stellen mitteilen, noch ihnen die Kenntnisnahme ermöglichen.
* Zur Verfügung gestellte Datenverarbeitungsgeräte und Programme dürfen nur für Zwecke der übertragenen Aufgabenerfüllung verwendet werden. Bereitgestellte Software darf nicht unerlaubt kopiert werden.
* Die Geheimhaltungspflichten gelten auch nach Ende der Ausbildung / Beschäftigung.
* Andere Geheimhaltungspflichten gelten unbeschadet des Datengeheimnisses.
* Verstöße gegen die oben angeführten Verpflichtungen können (verwaltungs)strafrechtlich und zivilrechtlich geahndet werden.
* Übertretungen der Verschwiegenheitspflicht nach dem SKAG und Übertretungen der auf Grund dieses Gesetzes erlassenen Verordnungen sind, sofern die Handlung nicht gerichtlich strafbar (insb § 121 StGB) oder nach einer anderen Vorschrift mit strengerer Strafe bedroht ist, als Verwaltungsübertretungen mit Geld bis zu EUR 2.200,--, im Fall der Uneinbringlichkeit mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Wochen zu bestrafen. Bei besonders erschwerenden Umständen können Geld- und Freiheitsstrafen nebeneinander verhängt werden.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Datum und Unterschrift