

Geheimhaltungserklärung

Als First Responder werde ich im Rahmen eines Notfalleinsatzes Wahrnehmungen machen, die die Gesundheits-, Privat- oder Intimsphäre von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten betreffen. Dabei kann es sich beispielsweise um den Namen und den Wohnort, die Identität von Verwandten oder Bezugspersonen, private Räumlichkeiten oder andere Informationen aus der Privatsphäre einer Notfallpatientin bzw. eines Notfallpatienten handeln. Zudem werden mir Informationen über Notfallpatientinnen und Notfallpatienten via App auf mein Handy übermittelt.

Ich bin mir der hohen Sensibilität der vorstehend genannten Informationen bewusst und nehme zur Kenntnis, dass ich in Bezug auf diese Informationen einer strengen gesetzlichen Schweigepflicht unterstehe. Ich verpflichte mich, alle Wahrnehmungen über die Identität von Notfallpatientinnen und Notfallpatienten sowie über deren Gesundheits-, Privat- und Intimsphäre sowie alle mir per App von der Sanitätsnotrufzentrale beider Basel (SNZbB) übermittelten Informationen geheim zu halten und gegenüber Dritten (inkl. den eigenen Angehörigen) strikte Verschwiegenheit zu wahren. Insbesondere verpflichte ich mich, bei Einsätzen weder Fotos noch Filmaufnahmen zu machen, die mir übermittelten Personendaten nicht zu kopieren und nicht abzuspeichern.

Diese Verpflichtung besteht auch nach dem Ausscheiden als First Responder zeitlich unbegrenzt weiter.

Eine Verletzung der Schweigepflicht untersteht der Strafandrohung gemäss Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuchs und § 49 des kantonalen Gesetzes über die Information und den Datenschutz (Informations- und Datenschutzgesetz, IDG). Ein Verstoß gegen diese Schweigepflicht kann zudem zivilrechtliche Folgen haben.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich Gelegenheit hatte, Fragen zu den Ausführungen zur Schweigepflicht zu stellen, deren Bedeutung verstanden und die Schweigepflicht zur Kenntnis genommen habe. Weiter erkläre ich, dass ich mich strikte an die Geheimhaltungsverpflichtung halten werde.

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift