

## Angaben zur Person

Matrikelnummer (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Familien- oder Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname(n): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ): \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der im Rahmen der Studierendenvoranmeldung angegebenen Angaben und nehme zur Kenntnis, dass falsche Angaben die Ungültigkeit der Aufnahme und Studienzulassung zur Folge haben können.

Weiters verpflichte ich mich mit meiner Unterschrift zur Einhaltung folgender Punkte:

- Der amtliche Schriftverkehr zwischen mir und der Medizinischen Universität Innsbruck (MUI) auf elektronischem Weg wird mittels des mir von der MUI zugeteilten Mail-Accounts erfolgen. Ich werde diesen Mail-Account auf den Eingang von E-Mails der MUI laufend – zumindest einmal pro Woche – überprüfen.
- Ich werde mein Anfangspasswort umgehend auf <https://userportal.i-med.ac.at/> ändern und spätestens alle 3 Monate ein neues Passwort auswählen.
- Ich werde meine Passwörter sicher verwahren, diese nicht weitergeben und Passwörter anderer Personen nicht verwenden.
- Die gängigen Haus- und Benutzungsordnungen werde ich, insbesondere im Hinblick auf das Verbot der Aufzeichnung und Weitergabe von Bild- und Tonmaterial während der (Lehr)Veranstaltungen der Medizinische Universität Innsbruck, jedenfalls einhalten.
- Die Lehr- und Lernunterlagen aus der E-Learningplattform der MUI sind ausschließlich für den persönlichen Gebrauch bestimmt und werden ausschließlich dafür von mir verwendet. Weiters werde ich diese nicht an andere Personen weitergeben.

Während der Ausbildung an der Medizinischen Universität Innsbruck kommen Studierende mit unterschiedlichen höchstsensiblen personenbezogenen Daten, oft von Patient:innen (insbesondere Gesundheitsdaten) in Kontakt. Daher verpflichte ich mich mit meiner Unterschrift zu folgenden Punkten:

- Ich werde diese Daten niemals an unbefugte Personen oder unzuständige Stellen in irgendeiner Form, das heißt weder schriftlich, mündlich noch elektronisch, weitergeben.
- Ich gehe mit Daten, die mir auf Grund meiner medizinischen Ausbildung anvertraut oder zugänglich gemacht wurden, sorgfältig um. Diese Daten dürfen die Universität bzw. die Klinik nicht verlassen und nur auf Grund einer ausdrücklichen Anordnung des jeweiligen Vorgesetzten an externe Personen außerhalb der Medizinischen Universität Innsbruck übermittelt werden.
- Ich werde meine Benutzerkennwörter, Passwörter und sonstige Zugangsberechtigungen anderen Personen nicht zugänglich machen und Benutzerkennwörter, Passwörter und sonstige Zugangsberechtigungen von anderen Personen nicht verwenden.
- Ich verwahre mir anvertraute Benutzerkennwörter, Passwörter und sonstige Zugangsberechtigungen sorgfältig und halte diese geheim. Das betrifft insbesondere meine Studierendenkennung.  
Für Studierende der Human- bzw. Zahnmedizin gilt dies auch für KIS-Zugangsberechtigungen und den ELGA-Zugang.
- Ich fertige keine Bild-, Ton- und Videoaufzeichnungen von Patient:innen an und werde mich im Vorfeld bei Patient:innen erkundigen, ob ich bei der Behandlung anwesend sein darf.
- Ich werde keine personenbezogenen Daten auf privaten Datenträgern speichern und Datenträger jeglicher Art auf denen personenbezogenen Daten, insbesondere von Patient:innen gespeichert sind, sicher verschlüsseln.
- Ich werde allfällige weiterreichende andere Bestimmungen über die Geheimhaltungspflichten beachten, sofern diese mit dem europäischen und nationalen Datenschutzrecht nicht im Widerspruch stehen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift

# Declaration on master data and confidentiality



MEDIZINISCHE  
UNIVERSITÄT  
INNSBRUCK

## Personal data

Matriculation number (if available): \_\_\_\_\_

Family or second name: \_\_\_\_\_

First name (s): \_\_\_\_\_

Date of birth (dd.mm.yyyy): \_\_\_\_\_

By signing this form, I certify the accuracy of the information provided on the student pre-registration form and acknowledge that any false information provided may result in the invalidation of my acceptance and admission to the program.

Furthermore, with my signature I undertake to comply with the following points:

- Official correspondence between me and the Medical University of Innsbruck (MUI) by electronic means will be carried out by means of the mail account assigned to me by the MUI. I will check this mail account for the receipt of e-mails from the MUI on an ongoing basis - at least once a week.
- I will immediately change my initial password at <https://userportal.i-med.ac.at/> and select a new password at least every 3 months.
- I will keep my passwords secure, not share them, and not use other people's passwords.
- I will in any case comply with the current house and user regulations, in particular with regard to the prohibition of recording and passing on image and sound material during (teaching) events at the Medical University of Innsbruck.
- The teaching and learning materials from the MUI e-learning platform are intended exclusively for personal use and will be used exclusively for this purpose by me. Furthermore, I will not pass them on to other persons.

During their training at the Medical University of Innsbruck, students come into contact with various highly sensitive personal data, often of patients (especially health data). Therefore, with my signature I commit myself to the following points:

- I will never disclose this information to any unauthorized person or unauthorized entity in any form, that is, written, oral or electronic.
- I handle data entrusted to me or made accessible to me on the basis of my medical training with care. These data may not leave the university or the clinic and may only be transferred to external persons outside the Medical University of Innsbruck on the basis of an explicit order of the respective superior.
- I will not make my user IDs, passwords and other access authorizations available to other persons and will not use user IDs, passwords and other access authorizations of other persons.
- I carefully keep user IDs, passwords and other access authorizations entrusted to me secret. This applies in particular to my student ID. For students of human medicine and dentistry, this also applies to KIS access authorizations and ELGA access.
- I will not make any picture, sound or video recordings of patients and will ask patients in advance whether I am allowed to be present during treatment.
- I will not store any personal data on private data carriers and will securely encrypt data carriers of any kind on which personal data, especially those of patients, are stored.
- I will comply with any further-reaching other provisions on confidentiality obligations, provided they do not conflict with European and national data protection law.

.....  
Place, date

.....  
Signature