

Einwilligungserklärung

Aufzeichnung von Therapiesitzungen und KI-gestützte Dokumentation

gesonderte Einwilligung gem. Art. 7, 9 DSGVO i. V. m. § 203 StGB

Angaben zur Person

Name, Vorname

Geburtsdatum

Behandlungsbeginn

Zweck der Aufzeichnungen

Die Therapeutin setzt zur Unterstützung der therapeutischen Dokumentation folgende Verfahren ein:

A — Audio- / Videoaufnahmen einzelner Sitzungen

Aufnahmen werden ausschließlich durch die Therapeutin vorgenommen und auf dem Praxiscomputer lokal gespeichert. Sie dienen der eigenen Nachbereitung, klinischen Reflexion und Erstellung von Berichten und Anträgen. Aufnahmen werden nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, Sie erteilen hierfür gesondert Ihre Zustimmung.

B — KI-gestützte Transkription und Zusammenfassung (via health)

Die Software via health wird von der VIA HealthTech UG (haftungsbeschränkt), Bredtschneiderstraße 10, 14057 Berlin, betrieben und verarbeitet Sitzungsinhalte ausschließlich auf europäischen Servern (DSGVO-konform). VIA HealthTech verarbeitet Ihre Daten ausschließlich in unserem Auftrag und nach unseren Weisungen; ein Vertrag zur Auftragsverarbeitung gem. Art. 28 DSGVO liegt vor. Weitere Informationen: www.via-health.de/datenschutzerklärung-software. Die Datenschutzbeauftragte von VIA HealthTech erreichen Sie unter m.reinbeck@mhl.de.

Alle verarbeiteten Daten werden täglich um 24:00 Uhr automatisch und unwiderruflich auf den Servern von VIA HealthTech gelöscht. Exportierte Zusammenfassungen werden lokal auf dem verschlüsselten Praxiscomputer gespeichert (kein Cloud-Sync).

Art und Umfang meiner Einwilligung

Ich willige hiermit gesondert und freiwillig in folgende Maßnahmen ein (bitte einzeln ankreuzen):

- ☐ A — Aufnahme von Therapiesitzungen (Audio und/oder Video)
- ☐ B — KI-gestützte Transkription und Zusammenfassung durch via health
- ☐ A + B — Beides: Aufnahmen und KI-gestützte Dokumentation
- ☐ **Supervision** — Verwendung anonymisierter Inhalte im Rahmen meiner Supervision (ohne Namensnennung, ohne Identifizierbarkeit)

Wichtige Hinweise

- **Freiwilligkeit:** Diese Einwilligung ist freiwillig. Die Verweigerung hat keinerlei Auswirkungen auf die Qualität oder den Fortbestand Ihrer Behandlung.
- **Widerruf:** Sie können diese Einwilligung jederzeit, ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile, schriftlich oder mündlich widerrufen. Bereits verarbeitete Daten bleiben rechtmäßig.
- **Aufbewahrung:** Bereits erstellte Dokumentation unterliegt gesetzlichen Aufbewahrungspflichten (§ 630f BGB: 10 Jahre). Aufnahmen, die Sie widerrufen, werden unverzüglich gelöscht.
- **Datensicherheit:** Alle Daten werden auf dem lokal verschlüsselten Praxiscomputer (FileVault) gespeichert. Kein Zugriff durch Dritte ohne Ihre Einwilligung.
- **Ihre Rechte:** Auskunft, Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten (Art. 15–18 DSGVO).

Einwilligung und Unterschrift

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Informationen gelesen, verstanden habe und in die angekreuzten Maßnahmen freiwillig einwillige. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit widerrufen kann.

Datum

Unterschrift Patient:in

Datum

Unterschrift Therapeutin

Widerruf (ggf. abtrennen und zurückgeben)

Ich widerrufe hiermit meine Einwilligung zur/zum:

- ☐ Aufzeichnung von Therapiesitzungen
- ☐ KI-gestützten Transkription (via health)
- ☐ Beides
- ☐ Nutzung für Supervision

Datum

Unterschrift Patient:in

Dieses Dokument ersetzt nicht das allgemeine Datenschutzmerkblatt. Bitte ausgefüllt in der Patientenakte aufbewahren (Original bei der Therapeutin, Kopie für Patient:in).