PRAXIS DR. MED. U. BOHNET

Facharztpraxis für Psychiatrie & Psychotherapie | praxis-drbohnet.de

Einwilligungserklärung & Patienteninformation zur KI-gestützten Therapiedokumentation (VIA)

In unserer Praxis planen wir den Einsatz der Software **VIA** (VIA HealthTech UG, Berlin) zur Unterstützung bei der Erstellung von automatisierten Sitzungsnotizen und psychologischen Berichten.

1. Funktionsweise & Datenverarbeitung

Während der Therapiesitzung wird die Audiospur aufgezeichnet, transkribiert und zu einem strukturierten Protokoll zusammengefasst. Verarbeitet werden sämtliche personenbezogenen Daten, die Sie im Gespräch mitteilen, sowie besondere Kategorien personenbezogener Daten (Stimm-Biometrie, Gesundheitsdaten, sensible Themen).

2. Verantwortlicher & Dienstleister

Verantwortliche Praxis: Praxis Dr. med. U. Bohnet | Web: www.praxis-drbohnet.de
Software-Betreiber: VIA HealthTech UG (haftungsbeschränkt), Bredtschneiderstr. 10, 14057 Berlin.
VIA HealthTech verarbeitet Ihre Daten im Auftrag (Art. 28 DSGVO) streng nach Weisung unserer Praxis und ist gemäß § 203 StGB zur Wahrung des Berufsgeheimnisses verpflichtet.

3. Datenschutz, Löschfristen & Ihre Rechte

- **Kein KI-Training:** Ihre Daten werden zu keinem Zeitpunkt für das Training von KI-Modellen verwendet.
- **Sicherheit:** Verarbeitung auf ISO 27001- und BSI C5-zertifizierten Servern in Deutschland (kein Drittland-Transfer).
- **Löschung:** Audioaufnahmen und Daten werden standardmäßig am Tagesende vollständig und unwiderruflich gelöscht.
- **Rechte & Widerruf:** Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung sowie das Recht, diese Einwilligung **jederzeit mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen** (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Durch die Ablehnung oder den Widerruf entstehen Ihnen keinerlei Nachteile für Ihre Behandlung.

☐ Ich willige hiermit ausdrücklich darin ein, dass meine im Rahmen der Therapiesitzung erhobenen personenbezogenen Daten sowie Gesundheitsdaten verarbeitet werden, um die Software VIA zur Behandlungsdokumentation in der Praxis Dr. med. U. Bohnet zu nutzen.

Die Erklärung dieser Einwilligung erfolgt vollkommen freiwillig.

Vor- und Nachname (Patient/in)	Ort, Datum	Unterschrift (Patient/in)