

Einwilligungserklärung der Erziehungsberechtigten in die Nutzung der Software VIA

Wir, die **Psychotherapeutische Praxis für Kinder und Jugendliche**, planen den Einsatz der Software VIA (im Folgenden „Software“) in unserer Praxis. Die Software ermöglicht es uns, mittels Einsatzes modernster KI-Technologien automatisiert Sitzungsnotizen sowie patientenspezifische psychologische Berichte zu erstellen. Dabei werden sämtliche personenbezogenen Daten verarbeitet, die Ihr Kind uns im Rahmen der Therapiesitzung mitteilt. Außerdem werden personenbezogene Daten besonderer Kategorien (z. B. die Stimme Ihres Kindes, Gesundheitsdaten oder sonstige sensible Informationen) verarbeitet.

Die Software wird von der VIA HealthTech UG (haftungsbeschränkt), Bredtschneiderstraße 10, 14057 Berlin (im Folgenden „VIA HealthTech“) betrieben. Die VIA HealthTech verarbeitet Ihre Daten in unserem Auftrag, d.h. ausschließlich nach unseren Weisungen. Wir haben mit der VIA HealthTech eine entsprechende Vereinbarung zur Auftragsverarbeitung gemäß Art. 28 DSGVO geschlossen. Weitere Informationen über die Einhaltung der Bestimmung der DSGVO durch die VIA HealthTech finden Sie hier: <https://www.via-health.de/datenschutzerklärung-software>. VIA HealthTechs Datenschutzbeauftragte erreichen Sie unter der E-Mail-Adresse m.reinbeck@mhl.de. VIA HealthTech ist verpflichtet, die Vertraulichkeit der Daten in gleicher Weise wie der Berufsgeheimnisträger zu schützen. VIA HealthTech hat seinerseits Mitarbeiter und Auftragsverarbeiter zum Schutz der Vertraulichkeit verpflichtet und insbesondere auf die Strafbarkeit nach § 203 StGB belehrt.

☐ Ich willige / Wir willigen darin ein, dass die im Rahmen der Therapiesitzung meines/unseres Kindes erhobenen personenbezogenen Daten verarbeitet werden, um die Software VIA zu nutzen.

Die Erklärung Ihrer Einwilligung erfolgt freiwillig. Sie können sie ohne Angabe von Gründen verweigern, ohne dass Sie deswegen Nachteile zu befürchten hätten.

Ihre Einwilligung gilt so lange, bis Sie sie widerrufen. Diesen Widerruf können Sie jederzeit ohne Angabe von Gründen uns gegenüber erklären. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Name des Kindes (Patient:in):

Name(n) der/des

Erziehungsberechtigten:

Ort, Datum:

Unterschrift der/des

Erziehungsberechtigten:



VIA HealthTech UG
Bredtschneiderstr. 10
14057 Berlin
www.via-health.de

MÖHRLE
HAPP
LUTHER

Unterstützt bei Daten-
schutzfragen durch
Möhrle Happ Luther.
www.mhl.de