# Patienteninformation und Einwilligung für *cue* (Vorlage)

## Information zur Videoaufzeichnung

**Verantwortlich:** _____ ,
Name und Anschrift der Einrichtung
_____ , Datenschutzbeauftragte/r:
Kontakt
_____ .
Kontakt

**Worum es geht:** Wir möchten Ihre Therapiesitzung(en) auf Video aufzeichnen. Die Aufnahmen dienen ausschließlich der _____ .
Supervision Ihrer Behandlung / Ausbildung der behandelnden Person / Qualitätssicherung
Sie werden von _____
der behandelnden Person, der Supervisorin oder dem Supervisor, ggf. der Ausbildungsgruppe
angesehen und besprochen.

**Welche Daten:** Bild und Ton der Sitzung und damit Gesundheitsdaten. Je nach Einstellung erstellt ***cue*** automatisch ein Transkript, ggf. eine Übersetzung und eine KI-gestützte Auswertung des Gesprächsverlaufs. Diese Auswertungen sind Arbeitshilfen für die Supervision; sie werden nicht für Diagnosen oder Entscheidungen über Ihre Behandlung verwendet.

**Wo die Daten gespeichert werden:** in ***cue***, einer Plattform der Vacay GmbH, Groß-Umstadt, auf Servern in Deutschland. Vacay verarbeitet die Daten nur in unserem Auftrag (Art. 28 DSGVO) und ist zur Verschwiegenheit verpflichtet. Alle KI-Funktionen laufen auf Systemen von Vacay; Ihre Daten werden nicht an andere KI-Anbieter weitergegeben und nicht zum Training verwendet.

**Rechtsgrundlage:** Ihre ausdrückliche Einwilligung (Art. 6 Abs. 1 lit. a, Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO) und Ihre Entbindung von der Schweigepflicht gegenüber den genannten Personen.

**Speicherdauer:** Die Aufnahmen werden spätestens _____ Tage nach der Aufzeichnung
Anzahl
automatisch gelöscht, früher, sobald sie für den Zweck nicht mehr benötigt werden.

**Freiwilligkeit:** Die Einwilligung ist freiwillig. Wenn Sie nicht einwilligen, hat das keinen Einfluss auf Ihre Behandlung.

**Ihre Rechte:** Sie können Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen; bereits erstellte Aufnahmen werden dann gelöscht. Sie haben außerdem das Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung und Datenübertragbarkeit sowie das Recht, sich bei einer Datenschutz-Aufsichtsbehörde zu beschweren. Wenden Sie sich dafür an
_____ .
Kontakt der Einrichtung

## Einwilligung und Schweigepflichtentbindung

Ich, _____ , habe die Information zur Videoaufzeichnung erhalten und
Name, Vorname
verstanden.

☐ Ich willige ein, dass meine Therapiesitzungen bei _____ im
Name der behandelnden Person
Zeitraum _____ auf Video aufgezeichnet und in ***cue*** für den oben
von – bis
genannten Zweck gespeichert und verarbeitet werden.

☐ Ich willige ein, dass aus den Aufnahmen automatisch Transkripte, Übersetzungen und KI-gestützte Auswertungen erstellt werden. *(optional)*

☐ Ich entbinde _____ gegenüber
Name der behandelnden Person

_____ von der
Supervisor/in bzw. Ausbildungsgruppe, Name/Bezeichnung
Schweigepflicht, soweit es für die Supervision bzw. Ausbildung erforderlich ist.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann, z. B. per E-Mail an _____ .
Kontakt

_____ – _____
Ort, Datum Unterschrift

Bei Minderjährigen unter 16 Jahren: zusätzlich Unterschrift der Sorgeberechtigten.