

**Dr. med. Rainer Fischer**  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
Hörwarthstr. 33  
80804 München  
Tel.: 089 550 54 550  
Fax: 089 550 54 5520  
BSNR: 638067600  
[kontakt@drrfischer.de](mailto:kontakt@drrfischer.de)

## Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Video-Sprechstunde

Name, Vorname:

---

Geburtsdatum:

---

Nationalität:

---

Wohnort -Straße, Hausnummer:

---

Wohnort - PLZ, Ort:

---

Telefon:

---

Email:

---

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, die Video-Sprechstunde mit Dr. med. Rainer Fischer zu nutzen. Mir ist bekannt, dass es aus datenschutzrechtlichen Gründen verboten ist, das Gespräch aufzuzeichnen oder zu filmen – Verstöße dagegen können strafrechtlich verfolgt werden. Das Gespräch unterliegt wie bei der herkömmlichen Sprechstunde der ärztlichen Schweigepflicht. Die technische Verbindung läuft über einen Videodienstanbieter (RED Connect) der besondere Sicherheitsanforderungen (Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, Peer-to-peer-Verbindung) erfüllen muss. Damit ist sichergestellt, dass eine datenverschlüsselte Videoverbindung mit dem Arzt aufgebaut wird und niemand anders mithört/mitsieht.

Die Abrechnung der Video-Sprechstunde erfolgt privatärztlich nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Dies ist unabhängig von der Erstattung der Leistungsträger in vollem Umfang von mir zu bezahlen (Behandlungsvertrag).

---

Ort

Datum

Unterschrift