**Behandlungsvertrag **

für privat versicherte Patienten\*innen

zwischen

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Name, Vorname Patient\*in geboren am***

und dem

**AS Physioteam, Bonner Ring 73, 50374 Erftstadt-Lechenich.**

wird folgende Vereinbarung getroffen:

Die **Preisliste** mit Stand vom 01.05.2021 habe ich gelesen und erkläre mich mit den Preisen des AS Physioteams einverstanden. Für meine Therapie wähle ich folgenden Tarif:

Privat A Privat B

***gewünschtes bitte ankreuzen!***

Der Behandlungsvertrag besteht ausschließlich zwischen mir als Patient\*in (oder meinem Kind) und dem AS Physioteam, unabhängig davon, ob meine private Krankenkasse die angegeben Preise vollständig übernimmt oder nicht. Dies bestätige ich hier mit meiner Unterschrift.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Datum, Unterschrift Patient\*in***