

# 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 1.03.2024 habe ich gelesen und erkläre mich mit den Preisen des AS PhysioTEAM einverstanden. Für meine Therapie wähle ich folgenden Tarif:

Privat A

(längere Behandlungszeit als Normaltarif)

Privat N

(Normaltarif für Privatpatienten)

**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 angegebenen Preise vollständig übernimmt oder nicht. Dies bestätige ich hier mit meiner Unterschrift.

---

**Datum, Unterschrift Patient\*in**