**Behandlungsvertrag für Kassenpatienten\*in**

Ich möchte meine ärztliche Verordnung vom (Datum) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

über (verordnete Threrapie und Anzahl) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 um 10 Minuten verlängern, zum Preis von 13€

 um 20 Minuten verlängern, zum Preis von 25€

Diese Vereinbarung gilt für alle Therapieeinheiten des oben genannten Rezeptes. Für weitere Rezepte bedarf es einer neuen, schriftlichen Vereinbarung.

Datum Unterschrift des Patienten\*in

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

Rezeptnummer – vom AS Physioteam auszufüllen