

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