

## Fresenius Jubi Health Check

**Eine runde Sache.**

### Anmeldung zu einem medizinischen Check-up im HELIOS Prevention Center

#### Mein Arbeitgeber

#### Mein Fresenius-Standort

#### Meine persönlichen Daten

Anrede/Titel

Straße/Hausnr.

Nachname

PLZ/Ort

Vorname

Telefon tagsüber

Geburtsdatum

Personalnummer

Private E-Mail

#### Meine Anmeldung

Im Rahmen meines Firmenjubiläums melde ich mich zu einem medizinischen Check-up („Jubi Health Check“) in folgendem HELIOS Prevention Center (HPC) an:

Die Vorsorgeuntersuchung wird **unmittelbar mit meinem Arbeitgeber** abgerechnet.

#### Mein bevorzugter Termin

Bevorzugter Termin:

Alternative Termine:

## Zusatzleistungen

Folgende Untersuchungen beabsichtige ich zusätzlich **als Selbstzahler** in Anspruch zu nehmen.  
Ich bin mir darüber bewusst, dass eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse nicht möglich ist.

<input type="checkbox"/>	Lungenfunktionstest	22,27 €
<input type="checkbox"/>	Ultraschall Herz	78,69 €
<input type="checkbox"/>	Ultraschall hirnversorgende Arterien	107,58 €
<input type="checkbox"/>	Ultraschall Schilddrüse	105,22 €

Das HELIOS Prevention Center wird zur konkreten Terminabstimmung bzw. für Vorgespräche telefonisch oder per E-Mail Kontakt mit mir aufnehmen.

## Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass das **HELIOS Prevention Center** die übermittelten Daten (Vor- und Nachname, Personalnummer, Geburtsdatum) für die Abrechnung des Jubi Health Checks gegenüber meinem Arbeitgeber verwendet. Die übrigen übermittelten Daten (Adresse, Telefonnummer und private E-Mail-Adresse) werden durch das HPC ausschließlich zur Kontaktaufnahme zwecks Terminvereinbarung sowie für den Versand der Untersuchungsergebnisse an diese Adresse verwendet.

---

Datum und Unterschrift

**Diese Einwilligungserklärung kann jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden.**

Ich bestätige dem **HELIOS Prevention Center**, dass ich mich in einem aktiven, ungekündigten Beschäftigungsverhältnis zur Fresenius SE & Co. KGaA oder einer ihrer Tochtergesellschaften befinde und dass kein Aufhebungsvertrag unterzeichnet wurde. Anderenfalls bin ich mir bewusst, dass ich die Kosten für die Untersuchung übernehme.

---

Datum und Unterschrift

### Was nun?

Bitte füllen Sie dieses Formular am Computer aus, drucken es dann aus und senden es unterschrieben an Ihr ausgewähltes HPC (Adresse siehe oben). Das war's!