

Fresenius Jubi Health Check

Eine runde Sache.

Anmeldung zu einem medizinischen Check-up im HELIOS Prevention Center

Mein Arbeitgeber

- Fresenius SE & Co. KGaA
- Fresenius Medical Care Deutschland GmbH
- Fresenius Netcare GmbH
- Fresenius Kabi Deutschland GmbH
- Sonstiger:

Mein Fresenius-Standort

Meine persönlichen Daten

Anrede/Titel	<input type="text"/>	Straße/Hausnr.	<input type="text"/>
Nachname	<input type="text"/>	PLZ/Ort	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Telefon tagsüber	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Personalnummer	<input type="text"/>
Private E-Mail	<input type="text"/>		

Meine Anmeldung

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

- HPC Berlin-Buch** - HELIOS Klinikum Berlin-Buch, Schwanenbecker Chaussee 50, 13125 Berlin-Buch
- HPC Berlin-Zehlendorf** - HELIOS Klinikum Emil-von-Behring, Waltershöferstraße 11, 14165 Berlin-Zehlendorf
- HPC Dachau** - HELIOS Amper Klinikum Dachau, Krankenhausstraße 15, 85221 Dachau
- HPC Wiesbaden-DKD** - DKD HELIOS Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden
- HPC Erfurt** - HELIOS Klinikum Erfurt, Nordhäuser Straße 74, 99089 Erfurt
- HPC Krefeld** - HELIOS Klinikum Krefeld, Lutherplatz 40, 47805 Krefeld
- HPC Leipzig** - Herzzentrum Leipzig, Strümpellstraße 39, 04289 Leipzig
- DZF Diagnostik Zentrum Fleetinsel Hamburg** - Diagnostik Zentrum Fleetinsel, Stadthausbrücke 3, 20355 Hamburg
- HPC Siegburg** - HELIOS Klinikum Siegburg, Ringstraße 49, 53721 Siegburg

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 senden Sie das ausgefüllte und unterschriebene Formular direkt an Ihr ausgewähltes HPC (Adresse siehe oben). Das war's!