

Fresenius Jubi Health Check

Eine runde Sache.

Anmeldung zu einem medizinischen Check-up im Helios Prevention Center

Mein Arbeitgeber

- ☐ Fresenius SE & Co. KGaA Fresenius
- ☐ Digital Technology GmbH Fresenius
- ☐ Kabi Deutschland GmbH
- ☐ Sonstiger:

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:

- ☐ **HPC Berlin** - Helios Prevention Center, Friedrichstraße 136, 10117 Berlin
- ☐ **HPC Krefeld** - Helios Klinikum Krefeld, Lutherplatz 40, 47805 Krefeld
- ☐ **HPC Leipzig** - Herzzentrum Leipzig, Strümpfellstraße 39, 04289 Leipzig
- ☐ **HPC München** - Helios Prevention Center, Engelbertstrasse 23-25, 81241 München
- ☐ **HPC Wiesbaden-DKD** - DKD Helios Klinik Wiesbaden, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden
- ☐ **DZF Diagnostik Zentrum Fleetinsel Hamburg** - Diagnostik Zentrum Fleetinsel, Stadthausbrücke 3, 20355 Hamburg

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

Mein bevorzugter Termin

Bevorzugter Termin:

Alternative Termine:

Zusatzleistungen

- ☐ Ich interessiere mich für zusätzliche Untersuchungen als **Selbstzahler** und möchte im Rahmen der Anmeldung Informationen darüber erhalten. Ich bin mir darüber bewusst, dass eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenkasse nicht möglich ist.

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, bzw. der ausgewählte Standort** 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, bzw. der ausgewählte Standort**, 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!