

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, 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 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!