

## 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 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, Strümpfelstraße 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

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