

## Fresenius Medical Care Jubi Health Check

### Eine runde Sache.

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

##### Mein Arbeitgeber

##### Mein Fresenius Medical Care 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.

- Lungenfunktionstest
- Ultraschall Herz
- Ultraschall hirnversorgende Arterien
- Ultraschall Schilddrüse

---

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 Medical Care oder einer ihrer Tochtergesellschaften befinde und dass kein Aufhebungsvertrag unterzeichnet wurde. Andernfalls bin ich mir bewusst, dass ich die Kosten für die Untersuchung übernehme.

---

Datum und Unterschrift

### Was nun?

Bitte füllen Sie dieses Formular aus und reichen es unterschrieben über ein askHR Ticket ein.  
Das war's!