

Anmeldeformular Coaching ZBA

Personalien

Name Vorname

Strasse PLZ / Ort

Tel-Nr. privat Mobile-Nr.

E-Mail Geburtsdatum

Soz.Vers.Nr. 756..... Zivilstand

Nationalität Ausl.ausweis

IV-Berufsberater/in, Eingliederungsverantwortliche/r

Name Vorname

IV-Stelle Tel.-Nr.

E-Mail

Unfall / Krankheitsereignis

Was

Wann

Aktuelle Therapien.....

Medikamente nein ja welche:

Beruf

Aktuelle Tätigkeit was
wo (Firma, Ort)
seit

Ansprechperson(en) Arbeitgeber

Bemerkungen

.....

Das ausgefüllte Formular bitte **mit Lebenslauf** senden an:
Per Mail: zba@zba.ch
Per Post: Zentrum für berufliche Abklärung, Kantonsspital, Haus 12, 6000 Luzern 16

Auskünfte und Akteneinsicht

Vollmacht

Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber:

Name/Vorname

Adresse

PLZ/Ort

Soz.-Vers.-Nr.

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber die IV-Stelle

.....

der nachstehend aufgeführten Institution Auskünfte zu erteilen und
umfassende Akteneinsicht zu gewähren:

ZBA Zentrum für berufliche Abklärung
Kantonsspital
Haus 12
6000 Luzern 16
041 205 25 70

Das ZBA Zentrum für berufliche Abklärung wird ermächtigt im
Zusammenhang mit der Auftragsabwicklung Akteneinsicht für eine
konsiliarische Abklärung und Beurteilung an Ärztinnen, Ärzte und weiteren
Fachpersonen zu gewähren.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Ort / Datum

Unterschrift