

Anmeldeformular ZBA

Personalien

Name Vorname

Strasse PLZ / Ort

Tel-Nr. privat Handy-Nr.

E-Mail Geb. Datum

Soz.Vers.Nr. 756. Zivilstand

Nationalität Ausl.ausweis

Bezugsperson, welche wir bei Bedarf kontaktieren dürfen

Minderjährige: Mutter Vater beide Elternteile gesetzliche Vertretung

Erwachsene: Partner-/in Familienmitglied Case Manager andere Person

Name Vorname

PLZ / Ort Tel.-Nr.

E-Mail Bemerkung

IV-Berufsberater/in, Eingliederungsverantwortliche/r

Name Vorname

IV-Stelle Tel.-Nr.

E-Mail Bemerkung

Rechtsanwältin / Rechtsanwalt

Name Vorname

PLZ / Ort Tel.-Nr.

E-Mail Bemerkung

Unfall / Krankheitsereignis

Was

Wann

Aktuelle Therapien.....

Medikamente nein ja welche:

Allergien / Einschränkungen Mahlzeiten

Was

Vegetarier / in nein ja

Involvierte Medizinische Fachpersonen

Hausärztin/Hausarzt Neuropsychologin/Neuropsychologe Andere

Name

Vorname

PLZ / Ort

Tel.-Nr.

Bemerkung

Hausärztin/Hausarzt Neuropsychologin/Neuropsychologe Andere

Name

Vorname

PLZ / Ort

Tel.-Nr.

Bemerkung

Hausärztin/Hausarzt Neuropsychologin/Neuropsychologe Andere

Name

Vorname

PLZ / Ort

Tel.-Nr.

Bemerkung

Beruf

Ausbildung

Letzte Tätigkeit was

wo (Firma, Ort)

von bis

Folgende Abteilung im ZBA kommt in Frage (bitte ankreuzen)

Holzwerkstatt manuell-techn. Abteilung Metallwerkstatt / Mechanik

Büro / ICT Büro / EDV / Administration

Unterkunft

Bitte ein Zimmer in Luzern organisieren

Ich komme von zu Hause

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