

## 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 .....

**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](mailto: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** .....