

Anmeldung zur IV-Massnahme ZBA

Personalien

Geschlecht männlich weiblich

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Tel. Privat

Tel. Mobil

E-Mail

Geb. Datum

Soz.Vers.-Nr.756.

Nationalität

Bezugspersonen, 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

Involvierte medizinische Fachpersonen

Hausarzt:in

Name

Vorname

PLZ / Ort

Tel. Nr.

Bemerkung

Neuropsychologe:in

Name

Vorname

PLZ / Ort

Tel. Nr.

Bemerkung

Andere

Name

Vorname

PLZ / Ort

Tel. Nr.

Bemerkung

Unfall / Krankheitsereignis

Was

Wann

Aktuelle Therapien

Medikamente nein ja, welche

Allergien / Einschränkungen Mahlzeiten

Was

Vegetarier:in nein ja

Beruf

Ausbildung

Letzte Tätigkeit was

Wo (Firma, Ort)

Von bis

Unterkunft

Bitte ein Zimmer in Luzern organisieren Ich komme von zu Hause

Bemerkung

Die ausgefüllten Formulare bitte **mit Lebenslauf** senden an: Per Mail: zba@zba.ch
Per Post: ZBA Zentrum für berufliche Abklärung, Grossmatte Ost 26, 6014 Luzern

Auskünfte Akteneinsicht und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung /- Übermittlung

Vollmachtgeber:in

Name / Vorname

Geb. Datum

Soz.Vers.-Nr.

756.

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber:in die IV-Stelle:

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

Zentrum für berufliche Abklärung ZBA

Grossmatte Ost 26

6014 Luzern

041 228 91 00

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

Zur Erfüllung unserer Aufgaben können zudem folgende Datenverarbeitungen erforderlich sein:

Datenkategorie	Datenbeschreibung	Empfänger	Zweck
Abrechnungsdaten	Fakturierung, Buchhaltungsdaten	Invaliden-, Kranken-, und Unfallversicherung	Leistungsabrechnung
Abrechnungsdaten	Fakturierung, Buchhaltungsdaten	Versicherte Person oder vertretungsbevollmächtigte Angehörige/Beistand	Kopie Leistungsabrechnung
Arztzeugnisse und Berichte, Auskünfte für die Versicherungen	Arztzeugnisse und Auskünfte für Auftragsgebende	Invaliden-, Kranken-, und Unfallversicherungen, Beistand	Untersuchungsergebnisse, Berichte, Beurteilungen
Aktenbefunddaten für Abklärungen mit Dritten	Untersuchungsergebnisse, Anamnesedaten, Berichte, Diagnosen, Laborergebnisse, Medikation	Partnerarzt, Fachperson	Konsiliarische Abklärungen
Auftrag bezogene Daten	Anamnese, Befunde, Medikamente etc. Verlauf	In Verbindung mit Befunddaten zusammen mit der Auftragsabwicklung	Im Rahmen von Überweisungen und für den Beizug von Spezialisten

Alle darüberhinausgehenden personenbezogenen Daten sind von dieser Einwilligung ausgenommen.

Ich nehme überdies zur Kenntnis, dass die gegenständliche Einwilligung jederzeit ganz oder teilweise widerrufen werden kann, ohne dass die Rechtmässigkeit, der aufgrund der Einwilligungen bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Ort / Datum

Unterschrift