

## Anmeldung zum Coaching ZBA

### Personalien

Geschlecht  männlich  weiblich

Name

Vorname

Strasse

PLZ / Ort

Tel. Privat

Tel. Mobil

E-Mail

Geb. Datum

Soz.VERS.-Nr.756.

Nationalität

### IV-Berufsberater:in / Eingliederungsverantwortliche:r

Name

Vorname

IV-Stelle

Tel. Nr.

E-Mail

Bemerkung

### Unfall / Krankheitsereignis

Was

Wann

Aktuelle Therapien

Medikamente  nein  ja, welche

### Beruf

Ausbildung

Letzte Tätigkeit was

Wo (Firma, Ort)

Von  bis

Ansprechperson(en) Arbeitgeber

Bemerkung

Das ausgefüllte Formular bitte **mit Lebenslauf** senden an: Per Mail: [zba@zba.ch](mailto: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