

## Anmeldeformular Coaching ZBA

### Personalien

Name ..... Vorname .....

Strasse ..... PLZ / Ort .....

Tel-Nr. privat ..... Handy-Nr. ....

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

Aktuelle Tätigkeit was .....

wo (Firma, Ort) .....

seit .....

Ansprechperson(en) Arbeitgeber .....

.....

### Bemerkungen

.....

Das ausgefüllte Formular bitte **mit Lebenslauf** senden an:

Per Mail: [zba@zba.ch](mailto:zba@zba.ch)

Per Post: Zentrum für berufliche Abklärung, Grossmatte Ost 26, 6014 Luzern

## Auskünfte Akteneinsicht und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung /- übermittlung

Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber:

Name / Vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Soz.-Vers.-Nr.: .....

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeberin / Vollmachtgeber 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 weitere 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 Auftraggebende	Invaliden-, Kranken-, und Unfallversicherungen, Beistand	Untersuchungsergebnisse, Berichte, Beurteilungen
Aktenbefunddaten für Abklärungen mit Dritten	Untersuchungsergebnisse, Anamnesedaten, Berichte, Diagnosen, Laborergebnisse, Medikation	Partnerarzt, Fachperson	Konsiliarische Abklärungen
Auftragsbezogene 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 erfolgen Verarbeitung berührt wird.

Ort / Datum: .....

Unterschrift: .....