

Anmeldeformular ZBA

Personalien

Name Vorname

Strasse PLZ / Ort

Tel.-Nr. privat Handy-Nr.

E-Mail Geb. Datum

Soz.Vers.Nr. 756. Nationalität

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

Involvierte Medizinische Fachpersonen

Hausärztin/Hausarzt

Name

Vorname

PLZ / Ort

Tel.-Nr.

Bemerkung

Neuropsychologin/Neuropsychologe

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

Bemerkungen

.....

Das ausgefüllte Formular 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

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: