Anmeldung durch versicherte Person zur Durchführung einer

Früherfassung

(Koordination der beruflichen Massnahmen)

|  |
| --- |
| **Versicherungsnummer:**      |

**Personalien der versicherten Person**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name:  |       | Vornamen:  |       |
| Strasse / Nummer:  |       | PLZ, Ort:  |       |
| Geburtsdatum:  |       | Zivilstand:  |       |
| Staatsangehörigkeit:  |       | Email:  |       |
| Telefon:  |       | Handy:  |       |

**1. Berufliche Situation**

Aktuelle/letzte ausgeübte Tätigkeit:

Pensum in %:

Arbeitgeber:

Anschrift:

Bezugsperson:

Telefon:       E-Mail:

Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

Grund der Arbeitsunfähigkeit: [ ]  Krankheit [ ]  Unfall

[ ]  in gekündigter Stellung seit:       [ ]  in ungekündigter Stellung

Bruttolohn pro Monat in CHF:

**1.2 Arbeitsplatzbeschreibung der bisherigen Tätigkeit**

Welches sind die Haupttätigkeiten an diesem Arbeitsplatz?

**1.2 Berufsbildung**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Praktisch angelernt | [ ]  Studium mit Abschluss |
| [ ]  Anlehre mit Abschluss | [ ]        |
| [ ]  Lehre mit Abschluss | [ ]        |

**Allfällige Ausbildungen:**

(Bezeichnung und Dauer angeben)

**1.3 besondere Kenntnisse**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  EDV | Welche:       |
| [ ]  Führerschein | Typ:       |
| [ ]  Sprachen | Welche:       |
| [ ]  Andere | Welche:       |

**2. Bei welchen Ärzten stehen Sie gegenwärtig in Behandlung und seit wann?**

|  |  |
| --- | --- |
| Arzt: |       |
| Adresse: |       |
| Fachrichtung: |       |
| In Behandlung seit: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Arzt: |       |
| Adresse: |       |
| Fachrichtung: |       |
| In Behandlung seit: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| Arzt: |       |
| Adresse: |       |
| Fachrichtung: |       |
| In Behandlung seit: |       |

**2.1 Nähere Angaben zur Art der gesundheitlichen Beeinträchtigung:**

**2.2 Seit wann besteht die gesundheitliche Beeinträchtigung:**

**3. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?**

(vollständige Adresse sowie Referenznummer angeben)

**4. Bei welcher Krankentaggeldversicherung sind Sie versichert?**

(vollständige Adresse sowie Referenznummer angeben)

**5. Sind Sie noch bei anderen Versicherungen (z.B. Arbeitslosen, Unfall, Pensionskasse) gemeldet?**

(vollständige Adresse sowie Referenznummer angeben)

**Ermächtigung zur Einholung von Auskünften**

Mit der Unterzeichnung dieses Formulars ermächtigt die versicherte Person oder deren Vertreter alle in Betracht fallenden Personen und Stellen, also namentlich Ärzte, medizinische Hilfspersonen, Spitäler, Heilanstalten, Krankenkassen, öffentliche und private Versicherungen, Amtsstellen sowie private Fürsorgeeinrichtungen, Arbeitgeber, den zuständigen Stellen der Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung und von diesen beauftrage Personen (Casemanager) die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung der versicherte Person und für die Durchführung des Rückgriffs auf Dritte, gegen die der versicherten Person aus diesem Versicherungsfall Schadenersatzansprüche zustehen können, erforderlichen Auskünfte zu geben.

Ebenfalls können alle Akten an die von der IV beauftragten Durchführungsstellen für die Früherfassung weitergeleitet werden.

**Datenschutzhinweis: Informationen nach Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogener Daten finden Sie auf unserer Webseite unter** [**www.ahv.li/datenschutz**](http://www.ahv.li/datenschutz)

Ort / Datum: Unterschrift der versicherten Person:

      ,

Anschrift der Vertreterin / des Vertreters:

(bitte Vollmacht beilegen)

Ort / Datum: Unterschrift:

      ,

**Die Anmeldung ist einzureichen bei:**

**Liechtensteinische Invalidenversicherung, Gerberweg 2, 9490 Vaduz**

**iv-li@ahv.li**