

Vollmacht für Auskünfte / Akteneinsicht

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

SVA Aargau
IV-Stelle
Bahnhofplatz 3C
5001 Aarau

Bitte zutreffendes ankreuzen:

Umfang der Vollmacht:

Auskünfte

- Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin die SVA Aargau, Invalidenversicherung, dem / der Bevollmächtigten Auskunft zu erteilen. Dies beinhaltet auch Informationen zur medizinischen bzw. gesundheitlichen Situation.

Akteneinsicht

- Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin die SVA Aargau, Invalidenversicherung, dem / der Bevollmächtigten – *ohne* medizinischer Berichte und Gutachten - Akteneinsicht zu gewähren.
- Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin die SVA Aargau, Invalidenversicherung, dem / der Bevollmächtigten – *einschliesslich* medizinischer Berichte und Gutachten - Akteneinsicht zu gewähren.

Auftrag zur Aktenzustellung:

- Bitte stellen Sie der / dem Bevollmächtigten eine Kopie der Akten gemäss obiger Vollmacht zu.

Hinweis: Ohne ausdrücklichen Antrag um Aktenzustellung nehmen wir die Vollmacht lediglich zu den Akten. Falls Sie die Akten zu einem späteren Zeitpunkt wünschen, muss ein schriftliches Gesuch eingereicht werden.

Bevollmächtigter / Bevollmächtigte

Name, Vorname

Institution

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Kanton

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Datum

Unterschrift des Bevollmächtigten / der Bevollmächtigten

Vollmachtgeber / Vollmachtgeberin

Name, Vorname

Sozialversicherungsnummer (SV-Nr.):

Geburtsdatum

Erreichbar unter (Telefon, E-Mail, etc.)

Ich befreie die SVA Aargau, Invalidenversicherung, im oben definierten Umfang von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht. Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

Datum

Unterschrift des Vollmachtgebers / der Vollmachtgeberin
(evtl. gesetzliche Vertretung)

(Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden).