

## Vollmacht

### *Akteneinsicht und Auskünfte*

Der sorgfältige Umgang mit den uns anvertrauten Daten ist uns wichtig. Damit wir genau wissen, wem wir Ihre persönliche Daten weitergeben dürfen, bitten wir Sie, diese Vollmacht auszufüllen und das für Sie Zutreffende anzukreuzen.

### *Umfang der Vollmacht*

#### Auskünfte

- Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber\*in die Invalidenversicherung der SVA Aargau, der bevollmächtigten Person Auskunft zu erteilen. Dies beinhaltet auch Informationen über meine medizinische bzw. gesundheitliche Situation.

#### Akteneinsicht

- Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber\*in die Invalidenversicherung der SVA Aargau, der bevollmächtigten Person Akteneinsicht zu gewähren. **Davon ausgeschlossen sind medizinische Berichte und Gutachten.**
- Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber\*in die Invalidenversicherung der SVA Aargau, der bevollmächtigten Person Akteneinsicht zu gewähren. **Darin eingeschlossen sind insbesondere medizinische Berichte und Gutachten.**

### *Auftrag zur Aktenzustellung*

- Bitte stellen Sie der bevollmächtigten Person eine Kopie der Akten gemäss obiger Vollmacht zu.

Wichtig: Ohne ausdrücklichen Antrag zur Aktenzustellung legen wir die Vollmacht lediglich zu den Akten. Falls Sie die Akten zu einem späteren Zeitpunkt wünschen, reichen Sie uns bitte ein schriftliches Gesuch ein.

## Bevollmächtigte\*r

Name und Vorname:

Institution:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort, Kanton:

Telefon:

E-Mail:

Datum

Unterschrift der bevollmächtigten Person

## Vollmachtgeber\*in

Name und Vorname:

Versichertennummer: 756.

Geburtsdatum:

Telefon:

E-Mail:

Ich befreie die Invalidenversicherung der SVA Aargau, im oben definierten Umfang von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht. **Diese Vollmacht ist gültig, bis ich sie schriftlich zurückziehe bzw. widerrufe.**

Datum

Unterschrift Vollmachtgeber\*in  
(oder gesetzliche Vertretung)

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, legen Sie bitte ein entsprechendes Arztzeugnis bei.

**Bitte ausgefüllt zurücksenden an:**

SVA Aargau | Invalidenversicherung | Bahnhofplatz 3C | 5001 Aarau