

Vollmacht für Auskünfte / Akteneinsicht

Bitte ausgefüllt zurücksenden an:

SVA Aargau
IV-Stelle
Bahnhofplatz 3C
5001 Aarau

Bitte zutreffendes ankreuzen:

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

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

Geschlecht

Mann

Frau

Strasse, Nr.

PLZ, Ort, Kanton

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 Arzteugnis beigelegt werden).