

## Vollmacht im IV-Verfahren

---

### Vertretungsvollmacht

Hiermit ermächtige ich als **Vollmachtgeber/-in** (Versicherte/-r)

Versicherten Nr. \_\_\_\_\_

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

dem/der nachstehenden **Vollmachtnehmer/-in**

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Ev. Institution / Firma \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### meine Interessen in Bezug auf Leistungen gegenüber

WAS IV Luzern  
Landenbergstrasse 35  
6005 Luzern  
inklusive des regionalen ärztlichen Dienstes (RAD)

### rechtsgültig zu vertreten.

Im Umfang der vorliegenden Vollmacht befreie ich WAS IV Luzern von der Schweigepflicht gegenüber dem/der Vollmachtnehmer/-in und ermächtige sie, diesem/dieser mündlichen oder schriftlichen Auskünfte zu erteilen und **vollumfängliche Akteneinsicht, inklusive aller medizinischer und beruflicher Unterlagen, zu gewähren.**

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig.

---

Ort, Datum

**Unterschrift der versicherten Person**  
(oder ihrer gesetzlichen Vertretung)

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, ist ein entsprechendes Arztzeugnis beizulegen.