

**Vollmacht im IV-Verfahren**

---

## Akteneinsicht und Auskunft

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

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

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

Adresse \_\_\_\_\_

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

die

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

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

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

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

Adresse \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

mündlich oder schriftlich 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 Arzteugnis beizulegen.