

Vollmacht - Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten, Therapeutinnen und Therapeuten

Die IV-Stelle Glarus möchte Sie und Ihre Ärztin/Therapeutin, Ihren Arzt/Therapeuten rasch und unkompliziert unterstützen, um Ihr Gesuch effizient bearbeiten zu können. Deshalb ist es wichtig, dass wir mit Ihnen und Ihrer Ärztin, Ihrem Arzt die Situation besprechen können.

Hiermit ermächtige ich als Vollmachtgeber/-in

- die nachstehende, als Bevollmächtigte bezeichnete Ärztin/Therapeutin, den nachstehenden, als Bevollmächtigten bezeichneten Arzt/Therapeuten, mit der IV-Stelle Glarus die relevanten Informationen auszutauschen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Gespräche und Resultate protokolliert werden können.

Ich befreie die IV-Stelle Glarus im Rahmen des Austausches mit meiner Ärztin/Therapeutin, meinem Arzt/Therapeuten von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der/dem Bevollmächtigten Auskunft zu erteilen.

- Ich wünsche, dass die IV-Stelle Glarus der Bevollmächtigten, dem Bevollmächtigten Kopien der Entscheide und die Briefe zur Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht zustellt.

Diese Vollmacht ist bis zu ihrem schriftlichen Widerruf gültig. Sie gilt **nicht** als IV-Anmeldung.

Behandelnde Ärztin/Therapeutin, behandelnder Arzt/Therapeuten (Bevollmächtigte, Bevollmächtigter)

Vorname und Name

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Telefonnummer

E-Mail

Personalien versicherte Person und Unterschrift

Name (auch Name als ledige Person)

Vorname (alle Vornamen, den Rufnamen bitte in Grossbuchstaben)

Strasse, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

Geburtsdatum (TT, MM, JJJJ)

Versicherten-Nr.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin

Adresse (des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin)