

SVA Zürich
IV-Stelle
Postfach
8087 Zürich

► **Vollmacht:
Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten**

Die SVA Zürich möchte Sie und Ihre Ärztin, Ihren Arzt 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 Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber die nachstehende, als Bevollmächtigte bezeichnete Ärztin, den nachstehenden, als Bevollmächtigten bezeichneten Arzt, mit der SVA Zürich die relevanten Informationen auszutauschen. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Gespräche und Resultate protokolliert werden können.

Ich befreie die SVA Zürich im Rahmen des Austausches mit meiner Ärztin, meinem Arzt von der beruflichen und gesetzlichen Schweigepflicht und ermächtige sie, der/dem Bevollmächtigten Auskunft zu erteilen.

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

- Ich wünsche, dass die SVA Zürich der Bevollmächtigten, dem Bevollmächtigten Kopien der Entscheide und die Briefe zur Mitwirkungs- und Schadenminderungspflicht zustellt.

● **Bevollmächtigte, Bevollmächtigter:**
(Behandelnde Ärztin, behandelnder Arzt)

Name, Vorname

Strasse

PLZ, Ort

Telefon

Datum

Unterschrift der Bevollmächtigten, des Bevollmächtigten

● **Vollmachtgeberin, Vollmachtgeber:**
(Versicherte Person)

AHV-Nummer (756.xxxx.xxxx.xx)

Frau Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Ort

Datum

Unterschrift der Vollmachtgeberin, des Vollmachtgebers

Ist eine Unterschrift aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich, muss ein entsprechendes Arztzeugnis beigelegt werden.