Befristete Ermächtigung des Leistungserbringers für den Informationsaustausch mit externen, involvierten Stellen.

Hiermit ermächtigt die genannte, versicherte Person, im Rahmen der Auftragserteilung durch die zuständige IV-Stelle, den unten aufgeführten Leistungserbringer, den mit der Eingliederung in Verbindung stehenden Dritten (Personen, Ämtern, Ärzten, Institutionen und Arbeitgebern) alle Auskünfte zu erteilen und alle Unterlagen zur Verfügung zu stellen, die für die Durchführung des Eingliederungsauftrages erforderlich sind.

Name: Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Sozialversicherungsnummer: 756. Datum Unterschrift Ggf. gesetzliche Vertretung Name: Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Datum Unterschrift Datum Unterschrift	versicherte Person (Ermachti	gungsgeber)
Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Sozialversicherungsnummer: 756. Datum Unterschrift Ggf. gesetzliche Vertretung Name: Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Name:	
PLZ / Ort: Telefonnummer: Sozialversicherungsnummer: 756. Datum Unterschrift Ggf. gesetzliche Vertretung Name: Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Vorname:	
Telefonnummer: Sozialversicherungsnummer: 756. Datum Unterschrift Ggf. gesetzliche Vertretung Name: Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Strasse / Nr.:	
Sozialversicherungsnummer: 756. Datum Unterschrift Ggf. gesetzliche Vertretung Name: Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	PLZ / Ort:	
Datum Unterschrift Ggf. gesetzliche Vertretung Name: Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Telefonnummer:	
Ggf. gesetzliche Vertretung Name: Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Sozialversicherungsnummer:	756.
Name: Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Datum	Unterschrift
Vorname: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Ggf. gesetzliche Vertretung	
Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Telefon:	Name:	
PLZ / Ort: Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Vorname:	
Telefonnummer: Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Strasse / Nr.:	
Datum Unterschrift Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	PLZ / Ort:	
Zuständige IV-Stelle Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Telefonnummer:	
Name IV-Stelle: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Datum	Unterschrift
Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Zuständige IV-Stelle	
PLZ / Ort: Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Name IV-Stelle:	
Telefon: Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Strasse / Nr.:	
Leistungserbringer (Ermächtigungsnehmer) Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	PLZ / Ort:	
Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Telefon:	
Name Leistungserbringer: Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:		
Strasse / Nr.: PLZ / Ort: Telefon:	Leistungserbringer (Ermächti	gungsnehmer)
PLZ / Ort: Telefon:	Name Leistungserbringer:	
Telefon:	Strasse / Nr.:	
	PLZ / Ort:	
Datum Unterschrift	Telefon:	
	Datum	Unterschrift

Diese Ermächtigung ist begrenzt auf die Zeitdauer, in der die aufgeführte versicherte Person beim aufgeführten Leistungserbringer, Leistungen im Rahmen der Eingliederung beansprucht. Diese Vollmacht ist für jede Einzelperson/Institution erforderlich.

Der ermächtigte Leistungserbringer unterliegt den gesetzlichen Vorschriften über den Datenschutz und die Datenweitergabe. Insbesondere kommen folgende Gesetze zur Anwendung

(Liste nicht abschliessend):

ATSG - Art. 32; Art. 33; Art. 47

AHVG/IVG Art. 50a AHVG; Art. 87 AHVG; Art 66a IVG

KSSD - Grundsatz; RZ 37; RZ 4002; RZ 4015

DSG

Der ermächtigte Leistungserbringer ist nicht berechtigt, aussenstehenden Stellen (Personen, Ämtern, Ärzten, Institutionen oder Arbeitgebern) Auskünfte zu erteilen, die über ihren Eingliederungsauftrag hinausgehen und hat die Auskunft verlangenden Personen an die zuständige Fachperson der IV-Stelle zu verweisen.

Wer die Schweigepflicht und den Datenschutz verletzt, macht sich strafbar.