

## Akteneinsicht

Hiermit beantrage ich Einsicht in meine IV-Akten:

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Versichertennummer 756. \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

**Sofern Sie eine Akteneinsicht des gesamten Dossiers wünschen, erfolgt die Zustellung elektronisch. Dazu benötigen wir die oben genannte E-Mailadresse. Die Zustellung erfolgt geschützt über IncaMail.**

Sollte es notwendig sein, die Akten über einen Arzt / Ärztin zuzustellen, können die Unterlagen an folgenden Arzt / Ärztin zugestellt werden.

Name/Vorname \_\_\_\_\_  
Praxis \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_

Die IV-Stelle Luzern wird Sie informieren, sofern die Zustellung über den von Ihnen benannten Arzt / Ärztin erfolgt.

---

Ort, Datum

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

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

Bitte per Post an untenstehende Adresse oder direkt per Email an [securemail@was-luzern.ch](mailto:securemail@was-luzern.ch) einreichen.