

## Vollmacht

Herrn Rentenberater Reinhard Kuske wird hiermit in Sachen

Frau /  Herr

---

wohnhaft

---

### in Angelegenheiten des Schwerbehindertenrechts

Vollmacht erteilt

1. zur gerichtlichen und außergerichtlichen (z.B. Vorverfahren) Vertretung im Zusammenhang mit der oben unter „wegen“ genannten Angelegenheit
2. zur Abgabe und Entgegennahme von einseitigen Willenserklärungen im Zusammenhang mit der oben unter „wegen“ genannten Angelegenheit
3. zur Stellung von Anträgen auf Erteilung von Renten- und sonstigen Versorgungsauskünften
4. zur Prozessführung vor Sozial- und Landessozialgerichten einschließlich der Befugnis zur Erhebung und Rücknahme von Widerklagen
5. zur Begründung und Aufhebung von Vertragsverhältnissen im Zusammenhang mit der oben unter „wegen“ genannten Angelegenheit.

Die Vollmacht gilt für die unter 4. genannten Instanzen und erstreckt sich auch auf Neben- und Folgeverfahren aller Art. Sie umfasst insbesondere die Befugnis, Zustellungen zu bewirken und entgegenzunehmen, die Vollmacht ganz oder teilweise auf andere zu übertragen (Untervollmacht), Rechtsmittel einzulegen, zurückzunehmen, oder auf sie zu verzichten, den Rechtsstreit oder außergerichtliche Verhandlungen durch Vergleich, Verzicht oder Anerkenntnis zu erledigen, Geld, Wertsachen und Urkunden, insbesondere auch den Streitgegenstand und die von dem Gegner, von der Justizkasse oder von sonstigen Stellen zu erstattenden Beträge entgegenzunehmen.

Die Vollmacht umfasst auch die Befugnis, Akteneinsicht zu nehmen. Ärzte/Zahnärzte und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens, die Träger der Sozialversicherung, Ämter und Behörden und sonstige beteiligte Stellen werden in der oben unter „wegen“ genannten Angelegenheit ermächtigt, Sozialdaten (§ 35 SGB I) an den Bevollmächtigten weiterzugeben. Diese Erklärung gilt ausdrücklich als Einwilligung nach § 67 SGB X.

Die Kanzlei ist berechtigt zur Einsicht in alle mich betreffenden medizinischen Unterlagen, insbesondere Krankheitsgeschichten, Untersuchungsbefunde, Röntgenaufnahmen. Ich genehmige die Verwertung durch die Kanzlei und die Verwertung in Verfahren, in denen ich von der Kanzlei vertreten werde. Ich entbinde die behandelnden Ärzte und Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe und sonstige Stellen des Gesundheitswesens von ihrer Schweigepflicht. Das gilt auch für frühere Behandlungen und/oder Untersuchungen.

Die Kanzlei ist berechtigt, den Inhalt meiner Akte einem Arzt nach ihrer Wahl zwecks Beratung des Rentenberaters bzw. einem anderen Rentenberater zwecks Mitarbeit und/oder Vertretung (z.B. bei Urlaub oder Krankheit) zu offenbaren.

---

Ort und Datum

---

Unterschrift Mandant