



### Entbindung von der Schweigepflicht

Die gesuchstellende Person ..... (Name, Vorname),  
..... (Geburtsdatum) entbindet folgende Ärzte / Ärztinnen oder Therapie-  
ten/Therapeutinnen von der Schweigepflicht und ermächtigt sie, der Opferberatung des Kantons  
Obwalden bezüglich des Vorfalles vom ..... (Datum der Straftat) Bericht zu erstatten  
und erforderliche Unterlagen auszuhändigen.

Namen und Adressen der Ärzte / Ärztinnen bzw. Therapeuten / Therapeutinnen:

---

---

---

Ort und Datum:

---

Unterschrift der gesuchstellenden Person (evt. Zusätzlich der gesetzlichen Vertretung):

---

### Ermächtigung Auskünfte / Akteneinsicht

Die gesuchstellende Person ..... (Name, Vorname),  
..... (Geburtsdatum) berechtigt die Opferberatung des Kantons Obwalden betreffend  
die Straftat(en) vom ..... bei den involvierten Amtsstellen (Opferberatungsstelle, Polizei,  
Staatsanwaltschaft, Gericht), Sozial- und Privatversicherung (Unfall-, Invaliden-, Kranken-,  
Haftpflichtversicherung, Ausgleichskasse, IV-Stelle etc.) sowie betroffene Gemeindebehörden (z.B.  
Steuerbehörde) die für die Abklärung des Anspruchs und die Prüfung der Leistungsberechtigung im  
Opferhilfeverfahren erforderlichen Auskünfte einzuholen sowie die entsprechenden Unterlagen  
einzusehen und zu edieren.

Ort und Datum:

---

Unterschrift der gesuchstellenden Person (evtl. zusätzlich der gesetzlichen Vertretung):

---