



DAKTARI

COACHWORK - TRAINING

www.daktari-reha.com

Daktari CC
 P.O. Box 2163
 Otjiwarongo/Namibia
 Tel.: +264(0)67 290122
 FAX +264(0) 88 620237
 daktari@daktari-reha.com

Antragsbogen

Zur Bewerbung beim Daktari Coachwork-Training in Namibia

Name.....
 Vorname/n.....
 Strasse.....
 PLZ/Ort.....
 Telefonnummer.....
 Geburtsdatum.....Geburtsort.....
 Zivilstand.....Kinder.....
 Tel./Fax der Eltern oder Bezugspersonen.....
 Email der Eltern oder Bezugspersonen.....
 Skype Adresse Bezugsperson.....

Eltern:

Name Mutter.....
 Geburtsdatum.....Beruf.....
 Name Vater.....
 Geburtsdatum.....Beruf.....

Geschwister:

Ja Nein

Wenn ja, Name und Alter.....

Schulbildung.....

.....

.....

.....

Berufsausbildung/en.....

.....

.....

Militärdienst: Ja Nein

Hobbys.....
.....
.....

Sport.....regelmässig Ja Nein

Grund/Motivation für die Bewerbung beim Daktari Coachwork-Training

.....
.....
.....

Suchtprobleme Ja Nein

Welche
Substanzen.....
.....
Seit wann.....

Klinische Entgiftung Ja Nein

Wenn ja, wo.....
Wann.....
Wie oft insgesamt.....
In welchen Abständen.....
Wenn Abbruch, weshalb.....

Therapien Ja Nein

Wenn ja, wann.....
Wo.....
Welche Art.....
Dauer.....
Wenn Abbruch, weshalb.....

Psychiatrische oder psychologische Behandlung Ja Nein

Wenn ja, bei wem.....
Weshalb.....
.....

Seit wann.....

Noch in Behandlung Ja Nein

Vorstrafen / Gerichtliche Auflagen

Ja

Nein

Wenn ja, welche.....
.....

Betreuung durch:

Ja

Nein

(Sozialamt / Jugendamt / Anwaltschaft / andere)

Name/Adresse.....

Name des/der Betreuers/in.....

Tel. des/der Betreuers/in.....Email.....@.....

Behandelnder Arzt/Aerztin.....

Adresse.....

Tel./Fax.....Email.....@.....

Krankenkasse.....

Sektion.....

Tel./Fax.....Email.....@.....

Personen mit Suchtproblemen in der Familie

Ja

Nein

Wenn ja, welche.....
.....

Blutsverwandte mit psychischen Störungen

Ja

Nein

Wenn ja, wer und welche Störungen.....
.....

Hatten Sie jemals folgende Gesundheitsstörungen

Schwindelanfälle Ohnmacht Epilepsie Schlaganfall Lähmungen

Depressionen Kreislaufstörungen andere Beschwerden

Bemerkungen.....
.....

HIV

Ja

Nein

Letzter Test, Datum.....Ort.....

Chronische Hepatitis Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Tuberkulose Ja Nein

Andere pflegebedürftige Krankheiten Ja Nein

Wenn ja, welche.....

Raucher/in

Ja

Nein

Wenn ja, wie viel täglich.....

Alkoholkonsum

Ja

Nein

Wenn ja, wie viel und wie oft.....

Fahrprüfung Ja Nein
Wenn ja, Kategorie.....

Afrika-Erfahrung Ja Nein
Wenn ja, in welcher
Form.....

**Einstellung zu
Tieren**.....

Eigene Haustiere.....

Einstellung bezüglich Abenteuer.....

Akzeptanz des Daktari Rechkatalogs Ja Nein

Bewerbung/Antrag aus eigenem Antrieb Ja Nein

Wenn ja, weshalb.....

Versicherungen (Haftpflicht, Unfall, Krankenkasse).....

Bemerkungen.....

Ort / Datum.....

Befragung durch.....

Unterschrift des Bewerbers.....

Ausgefüllter und unterschriebener Antragsbogen senden an:

Roland Reuter
Krippstrasse 7
AT-6067 Absam
Austria
r.reuter@cnh.at