



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

Medizinische Abklärung

Für die Teilnahme am DAKTARI Coachwork–Training Im Wild- und Naturschutzreservat DAKTARI in Namibia

Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt

Die untenstehende Person hat sich für die Teilnahme am Daktari Coachwork–Training in Namibia angemeldet. Dies ist ein psychologisch geführtes, strukturiertes Aufbautraining für Menschen in Entwicklungskrisen und/oder mit Suchtproblematik. Während ihrem Aufenthalt helfen die Teilnehmer u.a. mit ein Wild- und Naturschutzreservat aufzubauen, sich bei auswärtigen, sozialen Projekten zu engagieren, verwaiste Wildtiere aufzuziehen und wieder auszuwildern und Haustiere zu betreuen.

Die Aufnahmevoraussetzung ist u.a. die **medizinische Tauglichkeit** der Teilnehmer. Wir bitten Sie deshalb zu prüfen, ob dem Teilnehmer aus medizinischer Sicht ein Aufenthalt in Namibia (Südwestafrika) zugemutet werden kann.

Wir ersuchen Sie, die folgenden Untersuchungen durchzuführen und die Resultate im Einverständnis des Patienten unserem Projektleiter Österreich zuzustellen:

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

Aus organisatorischen Gründen sind wir auf eine prompte Rücksendung der medizinischen Unterlagen angewiesen.

Wir danken für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen

DAKTARI–Reha–Programm
Projektleitung Namibia

6. Bemerkungen, weitere Befunde:

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

7. Gesamtbeurteilung; Ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung

Ist der/die Patient/in aus Ihrer heutigen Sicht in der Lage ohne absehbare medizinische Probleme den 12 monatigen Aufenthalt im Wild- und Naturschutzreservat „DAKTARI“ in Namibia zu verbringen ?

- JA Nein

Bemerkungen / Einschränkungen

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

Adresse und Unterschrift der/des Ärztin/Arztes:

(Die Kosten dieser Unterstützung gehen zu Lasten des Patienten/der Patientin)

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

8. Entbindung von der Schweigepflicht

Der/die Patient/in (bei Minderjährigen der/die gesetzliche Vertreter/in) entbinden mit Ihrer Unterschrift den/die Arzt/Ärztin von seiner/ihrer Schweigepflicht gegenüber dem Projektteam-Team des DAKTARI-Reha-Programmes.

Ort/Datum.....

Name in Druckschrift.....

Unterschrift des/derTeilnehmers/in.....