



# DAKTARI

## COACHWORK - TRAINING

[www.daktari-reha.com](http://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:

Daktari Deutschland  
Heiko Keller  
Tiestrasse 5  
D-37127 Bühren  
Handy: (+49) 01516 146 37 63  
[heiko.keller@daktari-reha.com](mailto:heiko.keller@daktari-reha.com)  
[heikokeller1@gmail.com](mailto:heikokeller1@gmail.com)