



# 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](mailto: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 unserer Projektleiterin Schweiz zuzustellen:

Daktari Schweiz  
Linda Hering  
Pflugstrasse 7  
CH-8006 Zürich  
Tel. 079-711 30 03  
[linda.hering@daktari-reha.com](mailto:linda.hering@daktari-reha.com)

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.....