



## Antragsbogen

Zur Bewerbung beim Daktari Coachwork-Training in Namibia

Name

Vorname/n

Straße

PLZ/Ort

Telefonnummer

Geburtsdatum  /  /  Geburtsort

Familienstand  Kinder

Telefon der Eltern oder Bezugspersonen

Email der Eltern oder Bezugspersonen

## Eltern

Mutter (Nachnahme, Vorname)

Geburtsdatum  /  /  Beruf

Vater (Nachnahme, Vorname)

Geburtsdatum  /  /  Beruf

**Geschwister**  Ja  Nein

Wenn ja, Name und Alter

**Schulabschluss**  Ja  Nein

Wenn ja, welcher?

**Berufsausbildung(en)**

Wenn ja, welche?

**Hobbys**

[Redacted]

[Redacted]

**Grund/Motivation für die Bewerbung beim Daktari Coachwork-Training**

[Redacted]

[Redacted]

**Suchtprobleme**     Ja     Nein

Seit wann?

[Redacted]

Welche Substanzen?

[Redacted]

**Klinische Entgiftung**     Ja     Nein

Wenn ja, wo?

[Redacted]

Wann?

[Redacted]

Wie oft insgesamt?

[Redacted]

In welchen Abständen?

[Redacted]

Wenn Abbruch, weshalb?

[Redacted]

**Therapien**     Ja     Nein

Wenn ja, wann?

[Redacted]

Wo?

[Redacted]

Welche Art?

[Redacted]

Dauer

[Redacted]

Wenn Abbruch, weshalb?

[Redacted]

**Psychiatrische oder psychologische Behandlung**     Ja     Nein

Wenn ja, bei wem

[Redacted]

Weshalb

[Redacted]

Seit wann

[Redacted]

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/Ärztin**

Name, Adresse

Tel./Fax

Email

**Krankenkasse**

Sektion Tel.

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, wieviel täglich

**Alkoholkonsum**  Ja  Nein

Wenn ja, wie viel und wie oft

**Fahrprüfung**  Ja  Nein

Wenn ja, Kategorie(n)

**Afrika-Erfahrung**  Ja  Nein

Wenn ja, in welcher Form

**Einstellung zu / Erfahrung mit Tieren**

**Eigene Haustiere**  Ja  Nein

**Einstellung bezüglich Abenteuer**

**Akzeptanz des Daktari Rechkatalogs**  Ja  Nein

**Bewerbung/Antrag aus eigenem Willen**  Ja  Nein

Wenn ja, weshalb

**Versicherungen** (Haftpflicht, Unfall, Krankenkasse)

**Bemerkungen**

**Ort, Datum**

**Datum, Unterschrift Bewerber:in** \_\_\_\_\_

Zu übermitteln an:

**Leon Diekgerdes, leon.diekgerdes@daktari-reha.com, +49 151 202 77 050**