



DAKTARI

COACHWORK – TRAINING

Daktari CC
P.O. Box 2163
Otjiwarongo/Namibia
Tel.: +264(0)67 290122
daktari@daktari-reha.com
www.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 und sozialpädagogisch geführtes, und strukturiertes Aufbautraining für Menschen in Entwicklungskrisen und/oder mit Suchtproblematik nach den Hilfen zur Erziehung. Während des Aufenthaltes helfen die Teilnehmenden u.a. dabei, 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 Abklärung der Teilnehmenden. Wir bitten Sie deshalb zu prüfen, ob dem jungen Menschen aus medizinischer Sicht ein Aufenthalt in Namibia zugemutet werden kann.

Wir bitten Sie, die folgenden Untersuchungen durchzuführen und die Resultate im Einverständnis des:der Patient:in unserem Projektleiter in Europa zuzustellen:

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

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

Wir danken für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen,

DAKTARI Coachwork-Training
Projektleitung Namibia

Medizinische Abklärung für

Geboren am

___ / ___ / ____

1. Klinische Untersuchung

Lungenauskultation normal pathologisch; Befund

Herzauskultation normal pathologisch; Befund

Visusprüfung normal pathologisch; unkorrr. li

re

korrr. li

re

Gehörprüfung normal pathologisch; Befund

Hautorgane

unauffällig relevante, pathologisch Befunde

Zahnstatus

saniert relevante Karies

2. Laboruntersuchungen (bitte Normalwerte in Klammern angeben)

GOT

GPT.

(Ausschluss einer akuten Hepatitis/chronisch aktiven Hepatitis)

Urinstatus

Leuc

pH

Eiweiss

Glucose

Keton

Urobilinogen

Blut

Haemo

HIV-Test

negativ

positiv (aktueller Test; obligatorisch für die Einreise)

3. Impfungen

Polio

Datum

___ / ___ / ____

(nicht älter als 5 Jahre)

Tetanus

Datum

___ / ___ / ____

(nicht älter als 5 Jahre)

Hepatitis A

Datum

___ / ___ / ____

(empfohlen)

4. Allergien (Asthma, Hautausschläge, Tierhaar-Allergie etc.)

5. Bemerkungen, weitere Befunde:

[Redacted text area]

6. 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

[Redacted text area]

Adresse und Unterschrift der/des Ärztin/Arztes:

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

Name [Redacted]

Straße [Redacted] Hausnr. [Redacted]

PLZ [Redacted] Stadt [Redacted]

7. 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 [Redacted]

Name in Druckschrift [Redacted]

Datum, Unterschrift Teilnehmer:in _____