



DAKTARI

Stationäre tiergestützte Therapie in Namibia

Daktari CC
P.O. Box 2163
Otjiwarongo/Namibia
Tel.: +264(0)67 290122
Fax: +264(0) 88 620237
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 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 Deutschland zuzustellen:

Bitte senden an:

Leon Diekgerdes
Projektleitung Deutschland/Österreich
Annenstraße 27
31134 Hildesheim
leon.diekgerdes@daktari-reha.com
+49 151 202 77 050

Aus organisatorischen Gründen sind wir auf eine rasche Rücksendung der medizinischen Unterlagen angewiesen. Wir danken für Ihr Verständnis.

Mit freundlichen Grüßen,
Daktari Europa



DAKTARI

Stationäre tiergestützte Therapie in Namibia

Daktari CC
P.O. Box 2163
Otjiwarongo/Namibia
Tel.: +264(0)67 290122
Fax: +264(0) 88 620237
daktari@daktari-reha.com

www.daktari-reha.com

Medizinische Abklärung für:

Nachname, Vorname Geburtsdatum

1. Klinische Untersuchung

Lungenauskultation	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologisch;	Befund
Herzauskultation	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologisch;	Befund
Visusprüfung	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologisch;	unkorr. Li re
			korr. Li re
Gehörprüfung	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologisch;	Befund
Hautorgane	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> pathologisch;	Befund
.....			
Zahnstatus	<input type="checkbox"/> saniert	<input type="checkbox"/> 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 (aktueller Test; obligatorisch für die Einreise) negativ positiv

3. Thoraxröntgenbild

(gemäß Formular 31.0004 der namibischen Behörde)

4. Impfungen

Polio Datum (nicht älter als 5 Jahre)
 Tetanus Datum (nicht älter als 5 Jahre)
 Hepatitis A Datum (empfohlen)

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

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



DAKTARI

Stationäre tiergestützte Therapie in Namibia

Daktari CC
P.O. Box 2163
Otjiwarongo/Namibia
Tel.: +264(0)67 290122
Fax: +264(0) 88 620237
daktari@daktari-reha.com

www.daktari-reha.com

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

Befragung durch

Unterschrift der/des Teilnehmers/in

.....